Niveau(x) d'enseignement: 3 Numéro EDUQ : 8170991
Centre d'intérêt: 34

L'Enfance : les difficultés d'adaptation et d'apprentissage, la garde, les placements, les mauvais traitements : revue de la recherche. -- [Québec] : Ministère des affaires sociales, Direction des communications, 1981.
256 p. en pag. multiple ; 28 cm.

Bibliographies à la fin des pties. Dépouillement: Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: analyse des facteurs de risque / par Réjean Tessier -- Impact des services de garde sur le développement des jeunes enfants / Roger Murray -- Facteurs de risques et placements d'enfants en soins d'accueil: revue de la recherche / Louise Garant -- Le devenir des enfants maltraités: revue de la recherche / Louise Garant.

Cote Dewey: 362.7/E56 Cote LC: HV/715

Descripteur(s): *Difficulté d'apprentissage *Garderie *Placement *Enfant maltraité *Enfant inadapté *Revue de la recherche *Primaire (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Service de garde *Soins d'accueil *Famille d'accueil

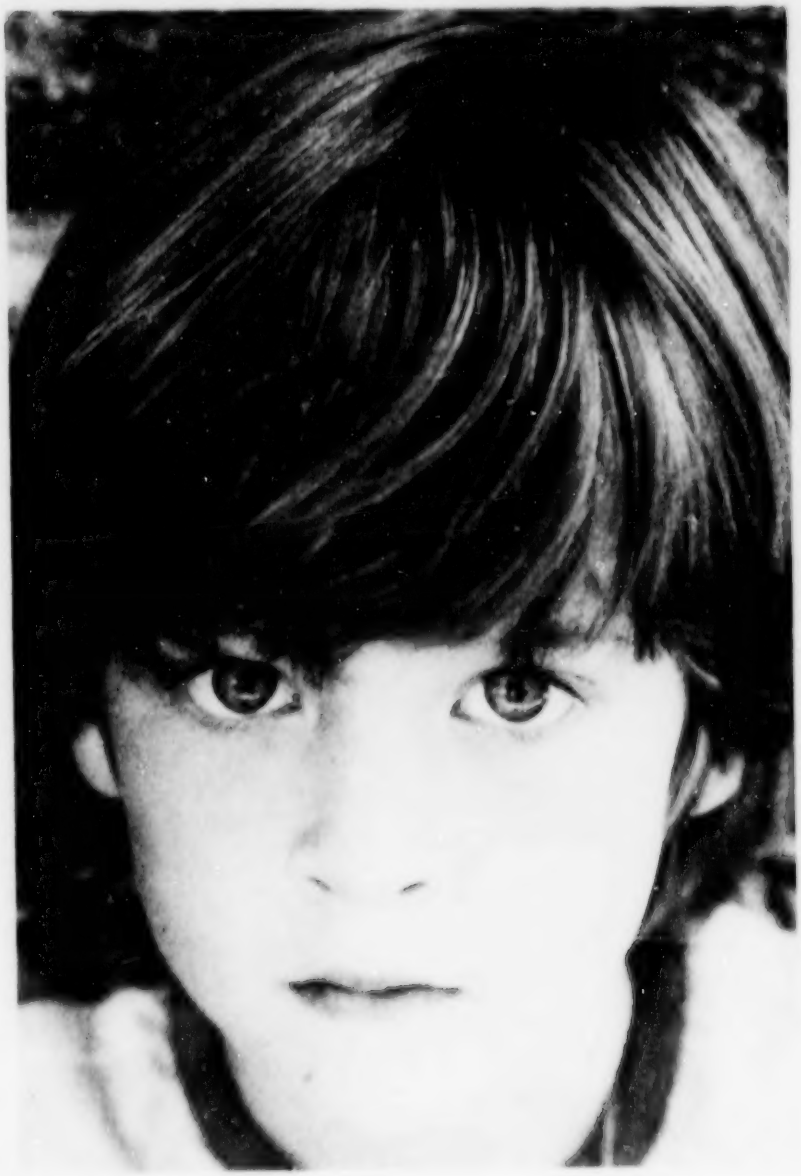
Le document réunit quatre études distinctes ayant déjà fait l'objet de diffusion antérieure restreinte. Ces travaux reposent sur les développements récents de la recherche qu'ils tentent de présenter de façon la plus cohérente possible. Axés sur des situations particulières de l'enfance (difficultés d'adaptation et d'apprentissage, garderies, placements, mauvais traitements), ils présentent, s'il y a lieu, les effets perturbateurs consécutifs à ces situations sur le développement ultérieur de la personnalité. Ils ont le mérite de faire le point des connaissances sur des secteurs de recherche en pleine effervescence.

Type de document: r
Auteur de l'analyse: fr

E D U Q 8170991

l'enfance

Les difficultés d'adaptation et d'apprentissage, la garde, les placements, les mauvais traitements



revue de la recherche

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

E D U Q 8170991

L'ENFANCE

Les difficultés d'adaptation et d'apprentissage, la garde, les placements, les mauvais traitements

Revue de la recherche

Août 1981

Le présent document contient quatre études distinctes ayant déjà fait l'objet de diffusion antérieure restreinte.

Ces travaux reposent sur les développements récents de la recherche qu'ils tentent de présenter de façon la plus cohérente possible. Axés sur des situations particulières de l'enfance (difficultés d'adaptation et d'apprentissage, garderies, placements, mauvais traitements), ils présentent, s'il y a lieu, les effets perturbateurs consécutifs à ces situations sur le développement ultérieur de la personnalité.

On remarquera qu'il n'y a guère lieu de porter des jugements catégoriques dans ces matières. Cela est dû en grande partie au niveau de développement des recherches, qui sont elles-mêmes confrontées avec des problèmes méthodologiques sérieux, et à la nature même des sujets étudiées qui prêtent bien souvent le flanc à des jugements de valeurs. Peut-il en être autrement lorsque se trouvent abordés des sujets aussi denses et aussi complexes que les facteurs influençant le développement de la personnalité?

En tant que telles, ces synthèses ont le mérite de faire le point des connaissances sur des secteurs de recherche en pleine effervescence. L'intérêt qu'elles ont suscité et les nombreuses demandes que nous avons reçues de toutes parts nous permettent de croire que cette démarche était utile et que ces études méritent une diffusion plus large.

GILLES PICARD,
Chef de service
Service des synthèses
de recherche

ETUDES

Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage:
Analyse des facteurs de risque

PAR:

Réjean Tessier

Impact des services de garde sur le développement des jeunes enfants

PAR:

Roger Murray

Facteurs de risques et placements d'enfants en soins d'accueil

Revue de la recherche

PAR:

Louise Garant

Le devenir des enfants maltraités

Revue de la recherche

PAR:

Louise Garant

Québec, le 14 août 1980

LES ENFANTS EN DIFFICULTE D'ADAPTATION ET D'APPRENTISSAGE:

ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE

par Réjean TESSIER

Avec la collaboration de:

Brouillet, Chantale
Gagné, Françoise
Laforte, Lucien

Laboratoire de psychologie
du développement
Ecole de Psychologie
Université Laval.

Avant-propos

Le statut de risque comme descripteur d'éventuelles difficultés d'adaptation, a fermement acquis son droit de cité durant la dernière décade. Depuis l'énoncé des Droits de l'enfant à Beyrouth en 1959, on a en même temps reconnu que bon nombre en étaient privés. Si la médecine occidentale, l'hygiène préventive et les recherches en microbiologie ont réduit de façon significative les risques de mortalité infantile, l'ensemble des mesures sociales ont été jusqu'ici impuissantes à freiner l'augmentation du stress, de l'anxiété, de la mortalité adolescente attribuable à des causes violentes (suicide, accident); le taux de jeunes qui échouent l'expérience scolaire (troubles d'apprentissage, drop-out) s'est également accru et provoque chez ces derniers un sentiment d'incompétence qui n'a d'égal que celui que ressentent les professionnels à les aider. Les parents sont, petit à petit, en train de céder leur compétence à l'autorité des "programmes d'intervention" et traduisent parfois en agressivité contre l'école ou la garderie leurs difficultés à se mettre à la mode éducative.

Si bon nombre, par acquis d'argent, de diplôme ou de statut social, réussissent à maintenir sous contrôle leurs attaches à la vie, si d'autres encore ne sont pas atteints par le mouvement circulaire et réciproque de la relation du type pouvoir ⟷ pouvoir, plusieurs qui vivent pauvres et seuls entourés d'autres gens vivant de la même misère n'arrivent pas à reconnaître clairement leur voie et encore plus difficilement à se rendre disponible pour aider leurs enfants à trouver la leur.

La rédaction de ce rapport m'aura permis de reconnaître que le sentiment aigu d'être responsable de sa décision est le premier facteur déclenchant le geste autonome. L'intervention curative laisse le patient à la merci du thérapeute parce qu'il apprend à ce moment-là même sa grande vulnérabilité.

REJEAN TESSIER

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS. 1

TABLE DES MATIERES. iii

RESUME. iv

PREMIERE PARTIE: CADRE DE LA RECHERCHE ET POSITION DU PROBLEME. 1

Introduction 1

La validité 3

Cadre éco-systémique. 4

Objectif général. 6

Difficultés d'apprentissage et d'adaptation. 7

Définition. 7

Positions officielles 8

Les situations à haut risque. 11

DEUXIEME PARTIE: ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE. 13

Les limites de l'analyse 13

Les facteurs internes à la famille 20

La toxicité du milieu 20

Les relations intra-familiales. 23

Les facteurs externes à la famille 28

TROISIEME PARTIE: l'EFFICACITE DES INTERVENTIONS 31

Les interventions centrées sur l'enfant. 31

Les interventions centrées sur la famille. 33

Les interventions centrées sur la communauté 39

Principes d'intervention 45

CONCLUSION. 49

BIBLIOGRAPHIE 53

RESUME

Le but de cette recherche est d'identifier les variables reconnues comme ayant une incidence sur les difficultés rencontrées par les enfants dans leur adaptation et leur apprentissage. Plus précisément, quels sont les facteurs de risque prédictibles à partir d'observations faites au sein de la cellule familiale. Cette analyse porte donc sur la description des risques environnementaux, c'est-à-dire ceux issus des situations d'interactions entre l'enfant et ses proches.

La première partie s'attarde à définir la problématique concernant la compréhension variée que l'on a du concept même de "trouble d'apprentissage et d'adaptation". Il appert que selon les définitions retenues, le taux d'incidence de ces difficultés varie de 1 à 30% pour des populations comparables. Cette variation importante s'explique par la nature des instruments utilisés, conséquents aux concepts de normalité sous-jacents. Les valeurs culturelles de ceux qui posent les diagnostics sont donc de première importance.

La seconde partie fait état des facteurs de risque tels que retrouvés dans la littérature. Il y a les facteurs physiques déterminant des conditions préalables d'exposition et dont il faut tenir compte pour comprendre les autres variables à haut risque.

Ainsi, lorsque dans une famille, l'alimentation n'est pas contrôlée, que le logement est exigu, peu exposé à la lumière naturelle, que le principal passe-temps se résume à la télévision, il y a déjà là des conditions qui élèvent significativement les risques de difficultés d'apprentissage et d'adaptation chez les enfants. Ces conditions créent des états de tension dans la famille auxquels réagissent les enfants par des comportements extrêmes d'hyperactivité ou de grande passivité.

Les facteurs de risque internes à la famille sont principalement reliés à la qualité des interactions entre les membres et à l'organisation de la communication entre ces derniers. Ce sont toutes les conditions touchant les relations affiliatives (attachement) entre les parents et leurs enfants et entre les enfants eux-mêmes: absence d'un parent, criminalité ou dépression de l'un des deux parents, perception négative qu'ont les parents vis-à-vis leurs enfants, climat de compétition élevé entre les enfants, la scolarité peu élevée des parents, maladie chronique d'un enfant (effets sur les autres), manque d'affirmation sociale des parents, faible taux d'interactions verbales parents-enfants etc... Plus ces facteurs sont présents en grand nombre, plus les risques d'inadaptation sont élevés.

Parmi les facteurs externes à la famille on a identifié au premier plan la qualité du voisinage et la densité de la population. Les risques augmentent de façon significative lorsque les enfants vivent dans un voisinage où les autres familles présentent un risque développemental élevé pour les enfants.

La dernière partie présente une analyse de l'efficacité des interventions préventives. Il y a celles centrées sur l'enfant, sur la famille et sur la communauté. L'intervention la plus efficace est celle qui touche à la fois la famille et la communauté mais où les parents, dont les enfants sont les plus jeunes possibles, se sentent eux-mêmes responsables de l'intervention. Le succès du spécialiste, visant des effets durables est de réussir ce transfert de responsabilité qu'il a lui-même l'habitude d'assumer. Les enfants à haut risque réussissent mieux à l'école et dans leurs interactions sociales si les parents se sentent concernés directement par les situations que vivent leurs enfants.

PREMIERE PARTIE: CADRE DE RECHERCHE ET POSITION DU PROBLEME

INTRODUCTION

Les difficultés d'apprentissage et d'adaptation des enfants du Québec ont augmenté de façon plus significative depuis les vingt-cinq dernières années. En éducation le rapport COPEX (1976) indique que le nombre d'enfants jugés en difficulté dans les écoles est passé de 3,350 en 1960 à 92,915 en 1976. Ces chiffres paraissent assez étonnants puisque pendant cette même période, on a vu naître des législations et des règlements (loi 24, chartre des droits de l'enfant etc...) voulant protéger ce dernier ou favoriser son développement. On a mis au point un certain nombre de mesures compensatoires (maternelles, pré-maternelles, milieux de placement triés sur le volet) voulant donner aux enfants ce dont ils auraient pu manquer en bas âge. On a formé des professeurs, des éducateurs spécialisés en très grand nombre, dans le but de corriger les difficultés et éventuellement de réintégrer ces enfants à la société des enfants de leur âge. Jamais dans l'histoire du Québec on n'a connu une telle prolifération de services d'appoints fournis par des professionnels formés dans nos universités.

D'autre part, la littérature contemporaine a mis à jour le rôle prépondérant que joue la famille dans la prévention ou la résorbtion de ces difficultés observées chez les enfants: Bronfenbrenner 1974,

Brim 1975, Epstein et al. 1980, Mc Afee and Vergason 1979, Bricker and Casuso 1979, Eastman 1979, etc... Dans le même sens, l'Association des centres des services sociaux du Québec (1977) affirme que:

> "Quand un enfant entre 0 et 3 ans vit dans une famille aux prises avec l'instabilité financière, un logement exigu et insalubre, une méconnaissance des soins à lui donner, une alimentation pauvre, l'isolement, la discrimination sociale, il court le risque de présenter: un retard de croissance, une santé émotive déficiente, un retard intellectuel parfois irréversible, d'être abandonné... Une approche éducative autant que thérapeutique, serait à développer auprès de ces parents, et elle pourrait éviter bon nombre de placements. Il est essentiel que des services de "supports à la famille" tels que les garderies, les centres de jour, etc... soient mis sur pied parallèlement pour que les parents puissent y recourir pour obtenir cette aide qui leur est nécessaire pour continuer d'assumer leurs responsabilités de parents" (cité dans COPEX, p.19).

C'est ainsi qu'on a mis sur pied un ensemble de services sociaux gérés par des professionnels et d'allocations financières directement versées aux bénéficiaires dans le but de combler les manques et d'apporter un support aux "familles dans le besoin". Ces services à la famille et aux enfants ont comme but, selon l'expression de Kadushin (1974), "de suppléer aux fonctions que les parents n'arrivent pas à assumer".

Il y a donc, de toute évidence, des familles qui représentent pour les enfants des risques développementaux plus grands et à l'intérieur desquelles les interactions ne les favorisent pas: ce sont les familles dites "à hauts risques" (Bricker and Bricker, 1976; Lubchenco, 1976; Korones, 1972).

Le but de cette recherche est d'isoler à l'intérieur de la cellule familiale, les facteurs responsables des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de tout ordre auxquelles font face un nombre de plus en plus élevé d'enfants du Québec.

L'étude de cette question pose en soi un problème méthodologique important. Il s'agit d'une part d'établir une liste aussi exhaustive que possible des composantes internes et externes à la famille et susceptibles d'être reconnues comme facteurs de risques pour les enfants. D'autre part, il importe d'en arriver à des conclusions probantes déterminant des modalités d'interventions efficaces. Le problème est celui de la validité des sources et de la congruence des conclusions.

La validité

Lorsqu'on parle de validité, on a l'habitude de la définir comme étant une logique interne grâce à laquelle on s'assure que l'instrument mesure bien ce qu'il est censé mesurer ou encore que la procédure utilisée ne pourra dévier de son objectif initial. La validité est alors déterminée par la nature de la question à l'étude. Ainsi structuré à l'avance, il devient quasi impossible pour le chercheur de ne pas atteindre son but. Le problème se pose cependant lorsqu'il s'agit d'élaborer une procédure visant la reconnaissance de l'ensemble des interactions significatives dans un milieu. Combien de fois ne s'est-on pas rendu compte, qu'en dépit d'une procédure éprouvée, on n'arrivait

pas à atteindre l'objectif prévu. Selon Bronfenbrenner (1977), "lorsqu'on étudie un phénomène en mettant en relation deux variables, on réussit tout au plus à expliquer une causalité linéaire et on échoue à expliquer les réalités plus complexes de la vie" (p. 514).

Cadre éco-systémique

Tel que présenté ci-haut, il s'agit, dans cette recherche, de reconnaître l'interdépendance possible des différents organismes et milieux (enfants, famille) et l'ouverture nécessaire des uns envers les autres. Selon Ackoff (1959, dans Joshi 1972),

> "la tendance à étudier les phénomènes comme une entité globale au lieu d'une simple agglomération des parties, s'inscrit bien dans le mouvement des sciences contemporaines à délaisser une considération des phénomènes en fonction de contextes particuliers et à les évaluer sur la base des interactions... Nous assistons ainsi à ce qui est probablement l'effort scientifique le plus grand jamais tenté pour atteindre une synthèse de la connaissance scientifique" (p. 72).

La notion de système réfère donc au concept de cohésion et permet d'isoler les propriétés communes à un ensemble plus grand. Elle permet d'expliquer l'intégration des éléments et des relations dans un ensemble complexe organisé à partir de la compréhension des interactions selon une forme non linéaire.

On ne peut parler de systèmes en action sans faire intervenir le concept d'écologie humaine que Bronfenbrenner (1977), définit comme

"l'étude scientifique des processus d'accomodation de l'homme, selon les différentes étapes de sa vie, à son environnement immédiat et en fonction des changements constants de cet environnement" (p. 517). Cette conception considère donc le développement de l'homme en fonction des interactions constantes et nécessaires de ce dernier avec son environnement immédiat au plus lointain (espace) en tenant compte des changements dus aux variables temporelles. Cette double considération du temps et de l'espace rend invalide toute forme d'évaluation qui serait momentanée et qui ne tiendrait pas compte de la complexité des différents systèmes dans lesquels évolue l'individu.

L'"écologie" est donc cette science cherchant à reconnaître les modalités d'échanges entre l'organisme et le milieu. Le "système" réfère à un dénominateur commun qui regroupe un ensemble d'éléments.

> "L'approche éco-systémique est une façon de connaître la réalité. Elle propose un recul qui élargit l'angle de vision et permet de situer chaque élément dans sa position relative en tenant compte de la place occupée par chacun des autres. C'est à la fois un instrument de travail et une méthode. Elle cherche à identifier les forces en interaction dans un champ expérientiel donné et utilise davantage un vocabulaire de la normalité qu'une terminologie à base de syndromes cliniques. Elle explique les comportements hors de la dialectique dyadique et rend significative l'ensemble des réciprocités propres aux systèmes d'échanges d'informations entre les hommes" (Tessier, 1980, p. 1).

Objectif général

Le produit visé par cette recherche est l'évaluation, à la lumière des publications contemporaines, des "situations" familiales susceptibles d'engendrer chez les enfants des difficultés d'apprentissage et/ou d'adaptation.

Les situations familiales sont définies par les "designs" expérimentaux et qualifiées par les variables mises en cause dans les recherches. Par exemple, la relation mère-enfant est une "situation" familiale; elle peut être étudiée, qualifiée sous des rapports du développement cognitif, de l'attachement, de l'agression, de réaction à l'étranger, etc... L'analyse de ces résultats permettra d'isoler la direction des interactions, c'est-à-dire la source probable de la difficulté ainsi que les modalités d'interventions prévues et les résultats de ces interventions.

Le produit de cette recherche devrait donc permettre de reconnaître:

a) les facteurs internes à la famille et responsables des difficultés ultérieures des enfants;
b) les facteurs externes, environnementaux à la famille et responsable des conditions défavorables que vit la famille;
c) les différents types d'interventions proposés jusqu'ici, leur évaluation et le courant idéologique qui le supporte.

DIFFICULTES D'APPRENTISSAGE ET D'ADAPTATION

Définition

Selon une expression drôle mais lourde de conséquences, Divoky (1974) constate que les enfants ayant des troubles d'apprentissage ne sont autres que ceux que les "poseurs de diagnostics" veulent bien qu'ils soient. Autrement dit, il y a plusieurs façons de définir cette réalité appelée troubles d'apprentissage. Mercer et al. (1976) lors d'une étude critique sur cette question de définition a fait une enquête dans 42 états américains et a retrouvé 42 définitions différentes. Lerner (1971) démontre que, selon la définition retenue, le taux d'enfants en difficulté d'apprentissage varie de 1 à 30 pourcent dans une population normale; ainsi notent Sabatino et Miller (1980), le pourcentage d'enfants en difficultés d'apprentissage est trois fois plus élevé dans l'état du Wisconsin que dans le Minnesota! Et ainsi de suite; Wong (1979), Cruickshank (1977), Silberger (1971), Schere, Richardson et Bialer (1980), Artley et Hardin (1976), Harris (1970) y vont chacun de leurs interprétations dénigrant l'un, renforçant l'autre pour conclure généralement que l'on a jusqu'ici dépensé beaucoup trop de temps et d'argent à essayer de convaincre, à élaborer des programmes plus prometteurs les uns que les autres, à confondre les parents et les éducateurs et qu'il est temps de penser véritablement à l'enfant et à ses besoins.

La même difficulté à comprendre les problèmes d'adaptation se retrouve dans la littérature où les définitions sont truffées variables d'exclusion ou de syndromes cliniques. Autant l'enfant qui a de la difficulté à apprendre n'arrive pas à se situer et à reconnaître comme significatives toutes les informations sensorielles qu'on lui présente, autant les chercheurs (psychologues, médecins, sociologues, éducateurs) arrivent mal à trouver un sens commun aux différentes formes de manifestations de ces mésadaptations. L'analphabétisme est aussi présent d'une part comme de l'autre.

Positions officielles

Des positions officielles ont toutefois été prises, tant aux Etats-Unis qu'au Québec. Ainsi le U.S. Office of Education (U.S.O.E.) proposait en 1968 la définition suivante:*

> "Les enfants qui ont des difficultés d'apprentissage ont des problèmes dans un ou plusieurs des processus psychologiques de base nécessaires à la compréhension ou à l'utilisation du langage parlé ou écrit. Ces problèmes peuvent se manifester dans des difficultés à écouter, à réfléchir, parler, lire, écrire, épeler ou en mathématique. Ils incluent les conditions entourant les handicaps perceptuels, les lésions cérébrales et les dysfonctions cérébrales mineures. Ils excluent les difficultés qui seraient d'abord attribuables à des handicaps visuels, auditifs ou moteurs, à un retard mental, à une perturbation émotive ou à une carence environnementale".**

---

* Cette définition a été reprise par le Congrès américain en 1977.

** Traduction libre.

Cette définition, selon l'expression de Schere et al. (1980) a l'inconvénient de ses imprécisions (qu'est-ce qu'un processus psychologique de base?) et l'étroitesse des comportements qu'elle accepte (écrire, lire, etc...). En fait, elle est le témoin de la prédominance du courant de recherche béhavioriste qui a marqué cette zone d'investigations depuis 15 ans.

Au Québec, on a défini la question de la façon suivante: pour le M.E.Q.,

> "l'enfant en difficulté d'apprentissage et d'adaptation se définit comme étant celui qui, en raison d'une déviation intellectuelle ou physique, d'une perturbation affective caractérisée par des troubles d'apprentissage marqués ne peut profiter de l'enseignement régulier et, par conséquent, doit être soumis à un enseignement spécial dans un groupe approprié" (COPEX, p. 35).

Pour le M.A.S., il s'agit de "tout enfant de 0 à 18 ans dont le développement s'écarte de la norme sur les plans physique, intellectuel, psychologique ou social et qui ne peut atteindre son rendement maximum à moins de bénéficier de mesures ou de services spéciaux" (COPEX, p. 35).

Selon les auteurs de ce même rapport, la définition du M.E.Q. est "fondamentalement négative et exclusive, car elle met l'accent sur l'impossibilité pour tel enfant de profiter de l'enseignement régulier justifiant ainsi une privation ou un rejet du milieu scolaire normal" (p. 41).

D'autre part, la définition du ministère des Affaires Sociales met en évidence les notions relatives de norme et de rendement.

> "La normalité réfère toujours à un portrait-type plus ou moins standardisé et difficile à cerner; elle est conditionnée par les attentes et les exigences variables d'un milieu. L'évocation du critère de rendement ou d'efficacité implique une sollicitation, et pratiquement, une obligation de produire des actes et d'adopter des comportements mesurés par la conformité à des normes puisées davantage dans le système de valeurs d'une société que dans le potentiel même de l'individu. Ainsi le degré d'acceptation d'un milieu et ses attentes relatives au rendement d'une personne deviennent des éléments déterminants de l'adaptation ou, à défaut, de l'inadaptation de cette personne" (p. 42).

La compréhension québécoise autant qu'américaine des enfants en difficultés d'adaptation et d'apprentissage, traduit une approche clinique de la question, où les catégorisations s'effectuent à partir des symptômes identifiés chez les enfants. Cette façon de faire a traditionnellement favorisé l'émergence d'interventions curatives; même si l'esprit béhavioriste de la définition de l'U.S.O.E. diffère de la définition plus humaniste du Québec, il n'en reste pas moins que ces différences sont surtout nominales, et essentiellement référentes aux nomenclatures cliniques. De plus, ces façons d'englober ou d'exclure certaines difficultés observées chez les enfants ont surtout un impact administratif créant une base pour l'allocation de fonds spéciaux. Il est donc illusoire de chercher à identifier les facteurs de risques en fonction des définitions officielles ainsi que de tenter de relier linéairement l'une à l'autre. En réalité, quand on parle des facteurs à haut risque en fonction d'éventuelles difficultés d'adpatation

et d'apprentissage, il faut comprendre l'ensemble des situations développementales offertes aux enfants.

Les situations "à haut risque"

Le présent rapport utilise comme point de départ la définition de la notion de risque proposée par l'O.M.S. en 1973, c'est-à-dire: "toute caractéristique ou toute circonstance déterminable, attachée à une personne ou à un groupe de personnes et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus morbide ou d'exposition spéciale à un tel processus" (cité dans Garant, 1980, p. 2).

Il apparaît cependant illusoire, dans l'état actuel de nos connaissances, de prétendre isoler à l'intérieur d'un ensemble signifiant, toutes les variables à risque pouvant être mises en relation avec le concept de difficulté d'apprentissage et d'adaptation adopté par le Gouvernement du Québec. La formule privilégiée dans ce travail sera d'abord d'isoler les facteurs à haut risque développemental les plus courants tels que reconnus dans la littérature (deuxième partie) et ensuite de proposer des pistes d'intervention et de recherche parmi celles ayant eu le plus de succès jusqu'à présent.

DEUXIEME PARTIE: ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE

LES LIMITES DE L'ANALYSE

Selon qu'on le considère d'un point de vue individuel ou social, le concept de "risque" a une saveur développementale ou normative. En effet, cette notion est reliée à l'atteinte de buts correspondant à des options préalables: l'expression complète serait "le risque-de-ne-pas... développer cette habileté, se débrouiller seul, de ne pas réussir ces apprentissages, etc." La plupart d'entre nous sommes constamment en situation de risque par rapport à un objectif qui serait, par exemple, d'être millionnaire. Trop d'antécédents individuels, familiaux, sociaux, trop de contraintes actuelles font que le risque de ne pas atteindre cet objectif est élevé. Il est donc convenable au départ de s'entendre sur cette nuance que l'individu en situation de risque peut même l'ignorer et ne pas en souffrir.

Certaines situations ou facteurs environnementaux sont cependant souvent présents qui empêchent l'atteinte de ce qui est défini culturellement comme étant un bien-être nécessaire, de base. Certains autres facteurs plus individuels sont de véritables handicaps qui risquent de compromettre les chances d'adaptation de l'individu au sein de son groupe.

Theodore D. Tjossem (1976) définit ainsi trois zones différentes qui risquent de rendre un enfant vulnérable. Il y a d'abord les "risques certains" lesquels sont établis dès la naissance alors que l'enfant présente une pathologie dont l'étiologie est médicalement connue et qui permet de prévoir avec une quasi certitude le handicap dont l'enfant sera accablé par la suite. Un bon exemple en est le mongolisme. Ces caractéristiques à haut risque relèvent du strict domaine médical et permettent de prévoir des difficultés ultérieures d'apprentissage et d'adaptation. L'ensemble des recherches effectuées dans cette zone tentent, d'une part, de mieux circonscrire les causes et, d'autre part, de définir les conditions environnementales les plus favorables possibles afin que l'enfant et sa famille développent des habiletés permettant de vivre en harmonie en dépit du handicap.

Il y a ensuite les "risques biologiques" alors que les enfants naissent avec un curriculum pathogène déjà important mais où les symptômes ne sont pas évidents. Des incidents survenus à la naissance ou avant la naissance, tels certaines maladies ou accidents survenus à la mère pendant la grossesse, augmentent généralement le taux d'incidence de perturbations ultérieures; on ne peut cependant en établir dès la naissance un diagnostic certain et il faut la plupart du temps compter sur un délai important nécessitant une surveillance régulière. Selon Aldrich et Holliday (in Tjossem, 1976), les retards du développement cognitif ne sont identifiés que tardivement: à 7-8 mois pour

les retards profonds et à 34-35 mois pour le retards moyens avec en plus de 6 à 12 mois de délai pour une identification officielle (faite par un spécialiste). Il semble que le retard soit encore plus grand dans les milieux ruraux. Le tableau 1 présente un modèle de planification visant l'identification et l'intervention appropriée pour réduire ou même annihiler les risques biologiques observables chez l'enfant. A noter que ce modèle est utilisé à compter de la période précédant même la conception jusqu'à la fin de la période pré-scolaire. La troisième colonne présente une liste de caractéristiques identifiées comme étant "à haut risque" dans la littérature. Ce tableau, présenté dans sa forme et version originales (anglais) est introduit ici à titre d'exemple d'une synthèse qui reste à faire au Québec, à tout le moins en ce qui concerne un bon nombre d'instruments.

Il y a enfin les "risques environnementaux" c'est-à-dire l'ensemble des situations dans lesquelles le jeune enfant réalise ses premières expériences de vie. Cette zone de risque inclut, entre autres, la façon dont les soins sont donnés à l'enfant, l'organisation de la structure familiale, le niveau socio-économique de la famille, la qualité de l'attachement réciproque entre les parents et les enfants, la qualité du voisinage, le matériel éducatif disponible, etc...

Pour les fins du présent travail, seuls ces risques environnementaux détermineront le cadre d'analyse. Il est bon de noter cependant que l'addition les unes aux autres de ces trois zones de risque augmente de façon significative l'importance même du risque.

TABLEAU 1. Dépistage, évaluation et intervention auprès des jeunes enfants à risque développemental*

I	II	III	IV	V
Age	Satisfactory Progress If not ⟶	Screening and Risk Assessment If screening results or risk factors are positive ⟶	Evaluation, Close Observation and Diagnosis to ⟶	Intervention and Follow-Along ⟶
PRE-CONCEPTUAL	Intent to Conceive Adaptive & Physiological Readiness (Normal Maternal & Family History)	Presence of One or More Maternal Risk Factors: Physical/Medical 1. Malnutrition 2. Age < 16 or > 35 3. Poor Reproductive History 4. Suspect Metabolic and/or Genetic Disease Social/Behavioral 1. Low SES 2. Sixth Grade Education 3. Functionally Illiterate 4. Low Adaptive Behavior Rating	Nutritional/Metabolic Tests Derive Genetic Pedigree Literacy/Educ. Tests Adult Adaptive Behavior Rating (Nihira)	Genetic Counseling (Sterilization) Diet Therapy Contraceptive Counseling (Planned Parenthood) Maternal Training (Jr. & Sr. High School)
PREGNANCY (first 3 mo)	Request for Service (suspected pregnancy confirmed) Regular OB/GYN Checks Normal Progress	Complications During Pregnancy: 1. Infections 2. Rubella 3. Toxemia 4. Drug Overuse 5. Radiation 6. Blood Incompatibility 7. Malnutrition 8. Maternal Psychosis 9. Unwanted Pregnancy	Appropriate Medical Tests to Evaluate Maternal & Embryo Condition Amniocentesis Social/Behavioral Tests of Maternal Ability and Attitudes	Counseling Therapeutic Abortion Psychotherapy
(last 3 mo)	Regular OB/GYN Checks Normal Progress	Above First Request for OB/GYN Services	Evaluation of Maternal and Fetal Condition	Counseling Positive Attitude (Natural Childbirth)

* Tiré de Meier, in Tjossem, 1976.

TABLEAU 1. (suite)

I	II	III	IV	V
NEWBORN (first month)	Hospital Admission Normal History of Pregnancy and Routine OB/GYN Checks Uneventful Delivery	Complications During Delivery: 1. Hemorrhage 2. Dystocia 3. Excessive Anesthesis 4. Trauma 5. Placental Damage 6. Cesarean 7. Premature (SGA) 8. Postmature 9. Hospital Admission with no Prior OB/GYN Checks	Appropriate Medical Tests to Evaluate Maternal & Infant Condition	Necessary Procedures to Insure Maternal and Infant Viability
INFANCY	Normal Neonatal Growth & Development Monthly Well-Baby, Physical and Developmental Checks (1st year)	Pediatric Physical and Developmental Exam: 1. Apgar (5 min.) 2. Metabolic/Genetic Screens (e.g. PKU) 3. Trauma 4. Infection 5. Malnutrition 6. Head Circumference 7. Guide to Normal Milestones of Development (@ 1 mo.) Physical: 1. Trauma 2. Infection 3. Diseases 4. Malnutrition 5. Vision 6. Hearing 7. Maternal Postnatal Depression/ Rejection, Neglect and/or Abuse 8. Prolonged Separation of Infant from Mother	Behavioral & Neurological Assessment Scale (Brazelton & Horowitz, @ 1 mo.) Environmental Quality Maternal Attitude & Aptitude (Below for Specifics) DQ: Albert Einstein Scales of Sensori-Motor Development; Fantz-Nevis Visual Preference Test; White-Held Visually-Directed Prehension Test; Gesell Developmental Scale; Bayley Scale of Infant Development Cognitive Q: Ordinal Scales of Cognitive Development; Griffiths Mental Development Scale; Kahn Intelligence Tests; Infant Rating Scales (Hoopes); Kuhlman-Binet Infant Scale; Infant Intelligence Scale	Sensory Stimulation Behavior Modification Environmental Enrichment Maternal Training (Below for Specifics) Bobath & Ayres (Physical Therapy) Gordon (Home Learning Center-Florida) Gray et al. (DARCEE) Heber & Garber (Milwaukee Project) Keister (North Carolina Infant Day Care) Lally & Honig (Syracuse Infant Project) Levenstein (Mother-Child Home Program) Parent-Child Center Programs (Costello, Holmes) Meier et al. (Education System for High-Risk Infants)

TABLEAU 1. (suite)

I	II	III	IV	V
INFANCY	Normal Progress Bi-Monthly Physical and Developmental Checks (2nd year)	Developmental 1. Rapid Developmental Screening Checklist (@ 6 mo and 1 yr) 2. Developmental Screening Inventory (@ 18 mo) 3. Developmental Progress Scale (@ 12, 18, 24 mo) 4. Denver Developmental Screening Test (@ 12, 18, 24 mo) 5. Behavior Problem Checklist (@ 24 mo)	Environ./Parent Q: Caldwell (A Procedure for Patterning Responses of Adults and Children - APPROACH) Parental Attitude Research Instruction Parents' Attitude Scale Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) Language Q: Irwin Speech Sound Development Test Prelinguistic Infant Vocalisation Analysis (Ringwell, et al.) Shield Speech and Language Development Scale Early Language Assessment Scale (Honig) Receptive-Expressive Emergent Language (REEL, Bzoch) Ach. Q: Preschool Attainment Record (Caldwell) P/N Q: Psychophysiological/Neurological Maturity (Brazelton, Crowell) Soc./Behav. Q: Vineland Social Maturity Scale (Doll) Emotional Maturity Adaptive Behavior Scales (Nihira) Pluralistic Assessment (Mercer)	Robinson (Frank Porter Graham Infant Project) Wilkart & Lambie (Ypsilanti-Carnegie Infant Education Project) White & Kaban (Brookline) Haynes (United Cerebral Palsy Assoc. Infant Stimulation Projects) Bureau of Education for the Handicapped, First Chance Network

TABLEAU 1. (suite)

I	II	III	IV	V
TODDLER - EARLY CHILDHOOD	Periodic Physical and Developmental Checks (approximately every 6 mo.) Normal Progress	Pediatric Physical Exams (see above considerations (Developmental Screens (Nos. 4-6 above); Peabody Picture Vocabulary Test; Goodenough-Harris Draw-A-Person	Preschool Inventory (Caldwell) Leiter International Performance Scale Slosson Intelligence Test Raven's Coloured Progressive Matrices Stanford-Binet Intelligence Scale Developmental Articulation Test (Hejna) Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (Kirk & McCarthy) Verbal Language Development Scale (Mecham) Developmental Test of Visual Perception (Frostig) Detroit Tests of Learning Aptitude Minnesota Preschool Scale IPAT Test of G-Culture Fair (Cattell) Arthur Point Scale of Performance Tests California Tests of Mental Maturity and Personality Metropolitan Readiness Test Oseretsky Tests of Motor Proficiency Weoman Auditory Discrimination Test	Model Preschool Programs (by last names of developers - for designation, see sources below). Anderson & Bereiter Blank Hooper Kamili Karnes, Zehrbach & Teska Meier Miller & Camp Montessori Nedler Nimnicht Palmer Robison Shaeffer & Aaronson Weikart Whitney & Parker

LES FACTEURS INTERNES A LA FAMILLE

La famille constitue un système à l'intérieur duquel un nombre imposant d'interactions variées sont possibles: la relation mère-enfant, père-enfant, père-mère, enfants-enfants, etc... Chaque individu, par sa proximité affective et sa complicité historique joue un rôle significatif dans l'organisation de ces échanges. Il y a dans ces possibilités d'affiliation et d'implication de chacun des membres de la famille un bon nombre de facteurs déterminants les habiletés d'apprentissage et d'adaptation ultérieures des enfants. L'ensemble de la famille est toutefois préalablement soumis à des effets environnementaux qui ont un impact direct sur la qualité des interactions. Bien que souvent laissée pour compte dans la recherche en sciences humaines, la connaissance du taux de toxicité des éléments que notre organisme absorbe quotidiennement serait pourtant déterminant.

La toxicité du milieu

Lewis W. Mayron (1978) fait état de ces éléments, actuellement reconnus comme toxiques et auxquels réagissent différemment les individus. La tolérance relative des organismes est une composante non négligeable dans l'analyse des situations à haut risque et oblige à ne maintenir que la valeur statistique des données, puisque chaque individu, étant soumis à des conditions comparables, peut réagir différemment. Quoiqu'il en soit, le fait reste que le corps est parfois mis en

situation d'assimiler des substances qui lui sont toxiques et contre lesquelles il doit utiliser beaucoup d'énergie à se défendre. Selye déjà en 1950, avait reconnu, au cours de ses travaux sur le stress, l'état pathologique de non disponibilité de l'organisme soumis à des pressions constantes provoquant même des modifications de certains échanges biochimiques de base. De nombreux autres chercheurs ont également isolé les effets dégradants du stress sur le corps animal ou humain et ont proposé bon nombre d'interventions répartis sur une gamme allant de la relaxation à la chimiothérapie. Ces traitements réduisent la tension momentanée mais ne modifient en rien les conditions qui la créent.

La malnutrition est un facteur de risque développemental élevé. La fatigue, mal de tête, d'estomac, de vision, les crampes musculaires, etc... en plus des cas extrêmes d'obésité ou de rachitisme, sont des indices de carences vitaminique et protéinique importantes. Ces manques sont officiellement reconnus comme des sources importantes de problèmes d'apprentissage et de retard mental (Morgans, Stern & Resnick, 1974; Birch, 1971; Thompson, 1971; Neligan, 1971; Frisch, 1971). On retrouve ces problèmes de nutrition plus fréquemment dans les milieux défavorisés et des programmes préventifs de compléments alimentaires sont maintenant bien en place dans ces "zones grises" du Québec. D'autres formes de carence alimentaire en zone, magnésium et calcium sont également identifiées comme étant à l'origine de désordres de croissance, de désordres émotionnels et de problèmes d'apprentissages et de

comportements (Mackenzie, 1976; Spencer, 1978; Walker, 1975). Un ensemble d'hypothèses sont, de plus, couramment émises dans les recherches contemporaines concernant la toxicité des saveurs et couleurs artificielles, l'addition de produits chimiques visant la conservation de certains aliments, la présence de dérivés de pétrole ou de gaz naturel dans les aliments, etc...

D'autres facteurs comme la présence d'allergies de toutes sortes observées chez l'enfant, ont été significativement mis en relation avec des comportements hyperactifs et des problèmes d'apprentissage nombreux (Mayron, 1978). L'exposition à l'éclairage artificiel plutôt qu'à la lumière naturelle augmente le taux d'hyperactivité (Mayron, 1978) des enfants. Enfin, il semble que plus les enfants regardent la télévision, plus ils ont de chance de devenir plus inactifs, apathiques: cette manifestation de plus grande passivité est appelée "le syndrome de l'enfant fatigué" (Narkevicz & Graven, 1966, cité dans Mayron, 1978).

En résumé, lorsque dans une famille, l'alimentation n'est pas contrôlée, que les gens vivent dans un logement exigu, peu exposé à la lumière naturelle, que le principal passe-temps se résume à la télévision, il y a déjà là des conditions de vie qui élèvent significativement les risques de difficultés d'apprentissage et d'adaptation chez les enfants. Si, de plus, pour toutes sortes de raisons, sociales ou économiques, les tensions y sont nombreuses, les risques s'élèvent encore.

En plus, ces conditions défavorables, parce qu'elles affectent tout l'environnement, exposent en même temps tous les membres de la famille et sont en soi susceptibles de produire une série d'interférences dans l'organisation de la communication intra-familiale.

Les relations intra-familiales

Selon Kass et al. (1976), la relation satisfaisante entre la mère et l'enfant en bas âge, est le meilleur facteur prédicteur d'une adaptation ultérieure positive de ce dernier à son milieu. De fait, la majorité des recherches effectuées avant 1970, sur la structure familiale, sont inévitablement dirigées vers la relation mère-enfant. Les travaux importants de Ainsworth (1969), Bradley, Caldwell et Elardo (1979), Klaus et al. (1972), Levenstein (1970), Schaefer et Bailey (1960), ainsi que l'inévitable conjoncture culturelle occidentale qui faisait de la mère la principale et souvent la seule adulte responsable de l'éducation des enfants en bas âge, ont tous contribué à mettre au premier plan l'effet développemental de la qualité de cette relation affiliative première. Sans nier l'importance de cette relation, des travaux plus récents ont voulu augmenter la validité de ces données en introduisant des variables telles l'effet réciproque de ces interactions (Bell, 1971; Gibbs, 1978; Denenberg & Thoman, 1976); ainsi on sait maintenant que non seulement les attitudes de la mère influencent celles de l'enfant, mais que de plus, celles de l'enfant provoquent des modifications

du comportement de la mère. La circularité de ces "transactions" (Cibbs, 1978) a nécessité la mise au point d'études longitudinales où les intercorrélations comportementales ne sont valides qu'à la suite d'observations réparties sur une longue période de temps. La relation père-enfant se situe dans le même contexte de recherche bien que les données soient significativement moins nombreuses. Ce n'est que récemment, depuis dix ans, que les pères sont devenus sujets dans les recherches et la variable la plus souvent isolée fut celle concernant l'effet de son absence... Des travaux isolés de Nye en 1957 sur la question de la séparation et du divorce ont préparé des questions de recherche et plusieurs publications intéressantes sont maintenant disponibles sur le sujet (Tessman, 1979; Hetherington, 1978; Rutter, 1971; Radin, 1973).

L'ensemble des résultats de recherches portant sur les relations dyadiques (mère-enfant, père-enfant) comme prédicteurs de troubles d'apprentissage et d'adaptation futurs, se résument aux conclusions suivantes:

a. la relation affiliative négative mère-enfant est le meilleur prédicteur de difficultés futures (Kass, 1976; Sameroff, 1975; Bradley & Caldwell, 1977; Ainsworth, 1969; Friedman, 1978; Cloutier & Tessier, 1980):
   - spécialement avant l'âge de 2 ans (Bradley, Caldwell, Elardo, 1977, 1979; Romey et al. 1975);

- la perception négative qu'ont les parents au sujet de leurs enfants (Doley, Cartelli & Doster, 1976);
- l'absence d'un environnement stimulant et varié (Doley et al. 1976; Ramey, et al. 1980);
- pas de "chaleur maternelle" (Romey et al, 1975);

b. les conditions d'interaction

- ce facteur d'attachement est lié à des différences individuelles qui se manifestent dès la naissance (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1969);
- la quantité et la qualité des stimulations offertes par la mère sont également déterminantes (Ainsworth & Bell, 1969);
- la sensibilité de la mère aux réponses de l'enfant est aussi un facteur facilitant l'attachement (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971; Beckwith, 1972; Bell, 1970);
- l'enfant sera plus craintif dans ses interactions avec des étrangers si la mère n'a pas placé ce dernier dans des situations variées en bas âge (Ainsworth, 1969);
- les parents sévères et peu chaleureux font des enfants plus dépendants vis-à-vis l'adulte (Martin, 1975). Il en est de même pour les attitudes de sur-protection;
- les enfants ont plus de chance de devenir agresseurs si les parents le sont eux-mêmes avec les voisins et amis, si ils ont des attitudes de laisser-faire (le comportement agressif apparaît alors à l'adolescence), s'ils sont extrêmement rigides (Martin, 1975).

Cette qualité de relation appelée "attachement ou affiliation" est ainsi la variable la plus fréquemment utilisée pour expliquer les comportements des enfants en bas âge et semble même un excellent prédicteur de la qualité de l'adaptation future. Il apparaît même selon ces données que les deux premières années de la vie de l'enfant soient critiques par rapport à ses opportunités sociales ultérieures.

Ces résultats conduisent toutefois à une insuffisance fonctionnelle importante. En effet, on a réalisé que les interventions, sur la foi de ce seul diagnostic, exigent des particularités telles qu'elles doivent être adoptées à chaque cas en tenant compte de l'ensemble de la dynamique intra-familiale, et il y a trop peu de professionnels habiletés à ce faire (Bricker, 1976). Une des pistes prometteuses en vue d'augmenter l'efficacité du diagnostic et de l'intervention auprès des familles à haut risque est de considérer la famille comme un tout dont les conditions écologiques d'interactions sont plus déterminantes que la somme des dyades possibles. Selon le mot d'Abrams (1977), c'est dans la dynamique familiale que réside le véritable potentiel contribuant à l'émergence des problèmes d'apprentissage. Michael Rutter, dans une étude épidémiologique qui a duré 10 ans, a identifié six variables significatives associés à des difficultés ultérieures de l'enfant: des désaccords importants entre les époux, un statut social bas, un grand nombre d'enfants dans la famille, un père criminel, une mère malade mentalement et le fait que la famille doive être sous surveillance locale. Il a ensuite séparé les données selon le nombre

d'indices pathogènes observés dans chaque famille: celles qui ne présentent aucun indice, celles qui en présentent un, deux, etc... et puis mis en relation le nombre de ces indices avec le taux d'inadaptation des enfants. La figure 1 indique ainsi que plus il y a d'indices de désorganisations dans la famille, plus il y a d'enfants en difficultés. Ainsi, la présence d'un seul indice ne semble pas perturber davantage les enfants que lorsqu'il n'y en a aucun. Lorsqu'il y a plus d'un indice (2 ou 3), le taux d'inadaptation des enfants double, s'il y en a 4 ou davantage, il triple. C'est comme s'il y avait une augmentation géométrique des difficultés observées chez les enfants en fonction d'une addition des facteurs de risque.

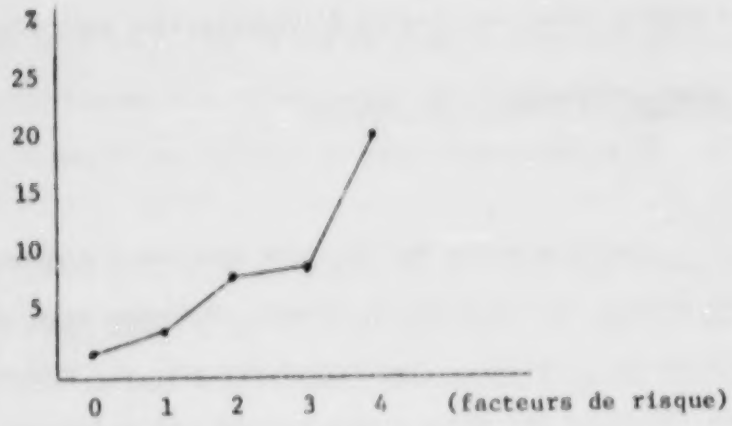


FIGURE 1. Augmentation du taux d'incidence des enfants en difficultés d'adaptation en fonction de la multiplicité des facteurs de risque d'après Rutter, 1979, p. 52.

Ces observations rejoignent celles de Tjossem (1976) qui démontre que plus il y a de facteurs impliqués, plus les risques sont élevés.

En résumé, les facteurs de risque internes à la famille sont principalement ceux reliés à la qualité des interactions entre les membres et à l'organisation de la communication de ces derniers entre eux. Un ensemble de situations peuvent venir en modifier l'harmonie: une mauvaise alimentation, un manque d'espace, la maladie grave de l'un des parents ou des deux, la séparation des parents, la maladie chronique d'un enfant, le manque d'argent, le manque d'affirmation sociale des parents, la perception négative de l'un ou des deux parents vis-à-vis leur enfant, la criminalité de l'un ou des deux parents, le taux de scolarité peu élevé des parents. Plus ces facteurs sont présents en grand nombre, plus les risques d'inadaptations sont élevés.

LES FACTEURS EXTERNES A LA FAMILLE

Quand on parle des facteurs externes qui plongent la famille et les enfants en situation de risque, on évoque bien sûr la pauvreté du milieu qui l'entoure. Les recherches sont peu nombreuses à ce sujet et les résultats les mieux connus ressemblent maintenant à des lieux communs: le manque d'argent, l'hostilité des préjugés raciaux, les jugements à priori des milieux scolaires (effet pygmalion) au sujet de l'incapacité des enfants venant de telle famille. Les seuls travaux originaux sont peut-être ceux de Garbarino et Sherman (1980), Polansky

et al. (1978, 1979), Kromkowski (1976), Lewis (1978), portant sur la qualité du voisinage. Les résultats les plus significatifs sont sans doute quand ils démontrent qu'une même famille, présentant déjà des facteurs de risque de l'intérieur, augmente de beaucoup encore les risques lorsqu'elle vit dans un voisinage dont les familles représentent elles aussi un risque développemental pour les enfants. On connaît bien au Québec la tendance à homogénéiser les voisinages en mettant les pauvres ensemble et les riches ensemble ; la construction de H.L.M. en est un excellent exemple. Les programmes de rénovation urbaine le sont souvent aussi en créant des effets de concentration urbaine et de densité de population en délogeant les gens de leur quartier natal au profit d'espaces verts, de centres commerciaux ou de routes que ces derniers n'utiliseront jamais parce qu'il sont maintenant trop loin, n'ont pas d'argent ni d'auto. Or il est de plus en plus certain que l'organisation du voisinage a un effet direct sur l'appauvrissement ou l'enrichissement social et culturel et même économique de la famille.

Rutter (1979) fait état également de la place que laissent certaines institutions, comme l'école, à la famille. Il observe une grande variation dans le taux d'efficacité des écoles à entrer en contact avec les familles. Cette coupure est également identifiée comme un facteur de risque pour les enfants.

Cette dernière partie ne fait état que de quelques données actuellement disponibles. Il y a là place pour bon nombre de recherches. Au Québec, sauf peut-être les travaux de Bouchard et al., il n'y a à peu près pas de résultats disponibles.

TROISIEME PARTIE: L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS

La plupart des travaux cités précédemment visent à court ou à long terme des interventions permettant aux enfants en situation de risque de s'intégrer normalement dans la société. Il importe de distinguer trois zones différentes de propositions d'interventions:

a. celles centrées sur l'enfant
b. celles centrées sur la famille
c. celles centrées sur la communauté

Bien qu'elles ne soient pas imperméables l'une à l'autre, elles traduisent des mouvements dont l'application quotidienne a des conséquences certaines.

LES INTERVENTIONS CENTREES SUR L'ENFANT

Le diagnostic que l'on fait d'une situation et les instruments utilisés à ce moment ont pour but ultime la correction des éléments ainsi identifiés. Dans le domaine des sciences humaines, les efforts ont d'abord été mis à produire des instruments dont la validité prédictive et le scénario d'administration seraient les plus aptes à faire un dépistage des difficultés éventuelles que pourraient rencontrer les individus. Un nombre inestimable de travaux ont été réalisés à ce sujet, tous centrés sur la recherche de symptômes de mésadaptations

(Book, 1980; Senf & Comrey, 1975; Badian & Serwer, 1975; Glazzard, 1977; Keogh & Smith, 1970; Mardell & Goldenberg, 1975; Magliocca, Rinaldi, Crew & Kunzelman, 1977; Meier, 1976; etc...). Ces données de recherche, parce qu'elles ajustent le focus sur l'individu, encouragent des professionnels à diriger toutes leurs énergies vers les soins directs (Scheafer, 1976). La principale difficulté ne réside pas nécessairement dans l'inefficacité curative de cette approche mais dans le manque de professionnels pour ce faire. Il serait d'autre part simpliste de dire que les chercheurs et les professionnels, d'abord intéressés par l'individu et ses symptômes, négligent tout à fait les facteurs environnementaux. La réalité n'est pas aussi nettement découpée. Mais pour reprendre l'expression d'Albee (1977), "l'intervention individuelle, dans une optique de long terme social, équivaut à tenter de repousser les vagues de la mer avec un balai".

Ces derniers ne nient pas la nécessité de l'intervention individualisée et toutes les situations de crises le démontrent. Les professionnels de la protection de la jeunesse, les policiers, les intervenants auprès des suicidaires doivent agir immédiatement et directement auprès des individus qui vivent la crise. La discussion véritable est celle du court terme et du long terme et l'objection faite ici face à l'intervention centrée sur l'individu signifie plutôt que l'on ne peut prévenir à long terme en additionnant des interventions individuelles et immédiates. La discussion est actuellement

grande ouverte sur l'efficacité, par exemple, de toutes les approches thérapeutiques dans un contexte de long terme. Les données de recherche sont muettes à ce sujet.

LES INTERVENTIONS CENTREES SUR LA FAMILLE

Cette orientation est certes la plus commune dans le cadre des interventions auprès des enfants à haut risque. Délaissant l'approche thérapeutique traditionnelle, les concepts interactionistes ont donné aux intervenants la possibilité d'agir au niveau de la qualité de l'échange entre deux partenaires (Doleys, Doster & Cartelli, 1976). Les importants travaux précédemment cités (voir deuxième partie) concernant l'attachement mère-enfant, ont donné le ton à la recherche et ont permis de reconnaître l'impact des effets de la réciprocité des échanges sur les comportements des enfants et de la mère. A cet égard, les études sur les effets négatifs de la séparation prolongée de l'enfant d'avec ses parents (Bowlby, 1973) a conduit plusieurs spécialistes à conclure que toute séparation de l'enfant en bas âge pouvait avoir des conséquences néfastes sur ce dernier et ont aussi identifié ces situations comme étant à risque. La presque totalité des données subséquentes indiquent cependant l'absence d'effets négatifs des conditions de séparation régulière (v.g. garderies) de l'enfant d'avec ses parents.

L'ensemble des interventions visant à augmenter la qualité de la relation mère-enfant se sont surtout déroulées dans le cadre de programme visant à augmenter les connaissances de la mère sur des habiletés techniques à intervenir. C'est, par exemple, le cas du "Parents Effectiveness Training" (Parents Efficaces) de Gordon qui en est un portrait-type. L'efficacité de ces programmes est relative et limitée en ce sens qu'ils laissent de côté l'importance des autres dyades présentées dans la famille (v.g. père-mère, enfants-enfants) (Schaefer, 1976; Bronfenbrenner, 1979).

Quand on parle de l'intervention centrée sur la famille, il est nécessaire de distinguer les lieux où se réalisent les interventions. Ainsi Ackerman, Jr., et Moore (1976) ont fait un relevé de l'endroit où se sont réalisés 30 programmes d'interventions. Les variables sont: dans un centre spécialisé, à la maison, ou l'un et l'autre. Le tableau 2 indique la fréquence de ces lieux et démontre que la majorité de ces interventions ont eu lieu dans un centre spécialisé, parfois accompagné de visites à la maison. Les enfants avaient entre 3 et 6 ans et étaient jugés à risque par rapport à d'éventuelles difficultés d'apprentissage. Une très faible minorité d'interventions se sont passées à la maison. Ce rapport confirme les observations de Bronfenbrenner (1979) disant que de 1972 à 1976, plus de 75% des recherches en psychologie du développement se sont déroulées en situation de laboratoire et que seulement 9% ont été réalisées à la maison.

TABLEAU 2. Distribution de fréquence des lieux d'intervention de 30 programmes réalisés entre 1971 et 1974 selon la durée (en année) du programme

LIEU	1ère année	2ème année	3ème année	TOTAL
à la maison	2	3	1	6
dans un centre	18	11	10	39
les 2 à la fois	10	16	14	40

Ces chiffres sont d'autant plus importants que bon nombre de recherches concluent maintenant que le premier critère d'efficacité d'une intervention auprès de la famille lorsque les enfants sont en bas âge est la responsabilité première qu'ont les parents vis-à-vis l'intervention. Les interventions faites dans un centre le sont généralement sous la responsabilité de spécialistes.

Les connaissances actuelles permettent d'affirmer que l'intervention auprès de la famille est efficace sur une large période de temps à cette condition expresse de l'implication responsable des parents (Schaefer, 1976). L'intervention faite sous la responsabilité de professionnels est également efficace mais les gains (Q.I.) réalisés par les enfants s'estompent complètement en quelques années ou même

en quelques mois lorsque les enfants vivent dans une famille à haut risque qui ne se sent pas responsable (Bronfenbrenner, 1979). La force de l'intervention centrée sur la famille est d'autant plus grande qu'elle se réalise tôt, dès la naissance de l'enfant. De plus, elle a un impact très important sur les autres membres de la famille, autant les autres enfants que les autres adultes, particulièrement le père. L'impact déborde également souvent le cadre de l'inter ·tion alors que les parents deviennent plus actifs socialement et sont plus satisfaits d'eux-mêmes (Gilmer, 1970, dans Bronfenbrenner, 1974).

En Angleterre, le rapport Plowden (1967) a établi que les différences d'attitudes parentales, suite à un programme d'intervention les impliquant, sont plus déterminantes dans la variation des succès d'un enfant, que le sont les différences environnementales d'un foyer à l'autre, ou encore les différences de qualité de vie dans les écoles.

Kraft et al. (1968) a appliqué un projet de recherche dont le but était de déterminer jusqu'à quel point un programme d'implication pour les parents peut aider les enfants à augmenter leur succès scolaire futur. Les résultats ne montrent pas de relation entre la participation des parents et l'augmentation du quotient intellectuel de l'enfant. Cependant, l'acceptation et le plaisir éprouvés par les parents envers les enfants au cours de l'expérience a de loin remplacé l'attitude autoritaire du début et ce programme d'activités pour les parents a

pu nousser leur intérêt et leur procurer des connaissances utiles dans leurs interactions quotidiennes.

En 1970, au Cross Cultural Family Center de San Francisco, des chercheurs ont instauré diverses mesures en vue d'encourager les parents à participer, afin de promouvoir la compréhension et l'acceptation inter-raciale. Les enfants ayant participé à ce programme semblent se développer sans préjugés de classe ou de race. Pour leur part, les parents sont plus disposés à accepter comme amis des membres de statut économique ou de groupes raciaux différents. Leur compréhension de l'enfant a augmenté, de même que leur habileté à résoudre les problèmes d éducation. Une autre contribution positive de l'implication parentale a été une amélioration du matériel d'enseignement.

Adkins (1971) a démontré que des enfants suivant un programme d'éducation relatif à la langue et dans lequel les parents étaient hautement impliqués ont significativement mieux réussi dans tous les tests que d'autres enfants dont les parents étaient moins impliqués ou l'étaient dans un programme différent de celui relatif à l'enseignement de la langue. De plus, des entrevues effectuées en fin d'année ont indiqué que les parents hautement participants avaient acquis des sentiments d'efficacité, plus de tolérance envers les autres enfants et avaient développé des aspirations plus élevées pour leurs enfants.

Dans chacune des quatre études faites par Lazar et Chapman (1971), l'implication parentale, avec ou sans composante pré-scolaire pour l'enfant, a apporté plus d'effets bénéfiques sur le développement intellectuel, le langage et les résultats académiques de l'enfant et sur le quotient intellectuel, les sentiments, les attitudes et le style de vie des parents, que la variable scolaire seule.

D'autres études semblables (Cohen 1974) ont été effectuées aux Etats-Unis, notamment dans le cadre des suites aux projets d'éducation compensatoire (Head Start). Ces programmes pré-scolaires ont montré que l'implication parentale est directement proportionnelle au succès de l'enfant, qu'elle est nécessaire pour son développement social et émotionnel et qu'elle amène une augmentation de la cohérence des programmes, compte tenu du bagage de l'enfant et des valeurs des parents.

D'autre part, des recherches du même type ont également été menées dans des milieux de garderie. En 1970, à la Community Cooperative Nursery School de Menlo Park, Californie, une équipe a établi un programme d'implication obligatoire pour les mères. Parmi les effets positifs observés, l'enfant vit la garderie comme une heureuse introduction à l'école et développe des habiletés, de la maturité et de l'auto-discipline, en plus d'un sens spécial d'identification dû à la présence de sa mère. Du côté parental, des changements d'attitudes s'installent chez les mères qui apprennent à appliquer les

techniques de psychologie de l'enfant et deviennent plus tolérantes envers eux. Il est même supposé que plusieurs d'entre elles ont commencé à prendre une part active dans les écoles et les activités communautaires comme résultat de leur expérience avec la garderie.

En comparant le rapport coût/efficacité d'un programme d'intervention centré sur l'enfant (Schaefer & Aaronson, 1972) avec un autre programme centré sur les parents (Levenstein, 1970), on constate une différence majeure.

> "Celui centré sur l'enfant a consisté en 300 visites à la maison et a duré 21 mois alors que celui centré sur les parents a exigé 32 visites réparties sur 7 mois et le gain en QI fut le même pour les deux groupes soit de 17 points... De plus, le maintien était beaucoup plus important dans le follow-up du programme où les énergies ont été centrées sur les parents" (Schaefer, 1976 dans Tjossem, 1976, p. 243).

LES INTERVENTIONS CENTREES SUR LA COMMUNAUTE

Un champ de recherche de plus en plus large s'intéresse maintenant aux situations à haut risque en s'appuyant sur des postulats écologiques voulant que toutes les interactions entre les gens et l'organisation de l'environnement soient significatives. Ainsi Bronfenbrenner (1974, 1977, 1979) s'appuyant sur un ensemble de résultats de recherche a défini une stratégie d'intervention écologique. Cette stratégie propose que les interventions aient un impact non seulement sur l'ensemble de la famille mais aussi sur le voisinage, les amis, les professionnels aidants et les institutions mêmes. Utilisant la terminologie

de Bronfenbrenner (1975), il définit quatre niveaux systémiques susceptibles d'influencer le développement humain.

1. "Un micro-système: c'est l'ensemble des relations entre l'individu et son environnement selon l'endroit, le temps, et le rôle précis qu'il y joue".

Ainsi, un enfant, dans une famille avec tels parents, tels autres enfants, telle activité etc... implique déjà un grand nombre d'interactions influencées par chacune des variables en présence. On ne peut étudier un type de réponse sans tenir compte du moment, du type d'activités, du nombre d'enfants, de l'habileté relative de chacun, de la disposition physique qui sont tous présents au moment de l'intervention.

2. "Un méso-système: c'est l'ensemble des relations entre les différents milieux dans lesquels évolue l'enfant. C'est un système de micro-systèmes".

Un enfant de huit ans qui vit dans une famille, va à l'école, a un groupe d'amis, un camp de vacances etc... Les inter-relations entre ces éléments sont le méso-système de cet enfant. C'est ce qu'on appelle aussi son expérience de vie, quand on considère le point de vue propre de l'enfant. C'est son méso-système quand on considère les interactions de ces micro-systèmes entre eux.

3. "Un exo-système: c'est l'ensemble des systèmes et sous-systèmes sociaux dans lesquels l'individu n'évolue pas lui-même, et qui ne sont pas en interactions directes avec lui, mais qui influencent et délimitent souvent même la structure et l'orientation des micro et méso-systèmes".

Ce sont la télévision, les journaux, les voisinages, les agences gouvernementales, les services, le transport, etc... Ce niveau de systèmes n'a donc pas une incidence immédiate sur la vie d'un individu mais détermine par ailleurs de façon directe l'Organisation et souvent le contenu des autres systèmes. Pensons par exemple au système de transport en commun dans une ville, une commission scolaire.

4. "Un macro-système: c'est la culture même d'une nation qui entraîne la formation ou le maintien des institutions économiques, sociales, éducatives, légales et politiques. Le macro-système n'est pas important que par sa structure plus englobante mais par son pouvoir et l'idéologie qu'il véhicule. C'est ce qui, de façon explicite ou implicite procure signification et motivation à la mise sur pied et au fonctionnement des autres systèmes".

C'est ce qui fait, par exemple, que toutes les classes de la plupart des écoles se ressemblent; que les valeurs éducatives intrafamiliales se ressemblent, et que les interventions normalisantes pullulent.

Ayant déjà constaté l'inefficacité de la grande majorité des interventions dans les familles à très haut risque, Bronfenbrenner (1974, 1979) et quelques autres (Garbarino & Sherman, 1976, 1977, 1980; Garbarino & Crouter, 1978; Polansky et al., 1979) suggèrent que soient d'abord accordées de véritables opportunités à ces familles qui n'ont même pas actuellement l'impression d'un quelconque statut social. Ces familles doivent d'abord sortir de leur solitude, cette dernière composante étant selon Polansky et al. la variable fondamentale à contrôler avant toute autre intervention. Il semble selon ces auteurs, que plus une famille est "à risque", plus il faut une intervention à haut niveau (macro-système) pour que l'aide soit efficace. Ainsi un professionnel (méso-système) sera tout à fait démuni dans une famille où les membres n'ont pas d'argent pour payer leur loyer, sont constamment ivres et ne sont pas intéressés à leurs enfants. Il faut d'abord une intervention à un autre niveau. Selon ces derniers auteurs, le genre d'interventions à privilégier serait d'abord une stratégie de support à la famille (aussi Cloutier & Tessier, 1980) qui leur donnerait du travail, leur donnerait des tâches dont ils deviendraient responsables à l'école, organiserait leur voisinage, leur donnerait une aide à la maison etc... enfin tout genre d'activités qui puisse les mettre en contact avec d'autres gens.

Dans les familles à très haut risque, un système de support à la famille qui les sorte de l'isolement, qui les mette en contact avec d'autres gens, qui leur apporte de l'argent et finalement une certaine

fierté est la condition première à toute autre intervention. Les risques pour les enfants d'éprouver des difficultés d'apprentissage et d'adaptation ne pourront décroître que si ce bien-être minimal est d'abord acquis par leur famille.

PRINCIPES D'INTERVENTION

A la suite de l'encadrement théorique et des résultats de recherches ci-haut présentés, voici une série de recommandations d'interventions ayant déjà donné lieu à des réussites. Par réussite, on entend que les situations à haut risque se sont modifiées significativement augmentant les chances de réussite et d'adaptation des enfants.

D'abord, quelques principes généraux: Bronfenbrenner (1974, 1979), à la suite de compilation de plus de 150 recherches portant sur les interventions auprès de jeunes enfants vivant des situations à risques élevés, conclue que:

a. L'intervention doit être centrée sur la famille. Il est de première évidence que la famille est le système le plus efficace et le mieux organisé pour promouvoir le développement de l'enfant. Il est tout aussi évident que l'implication de la famille de l'enfant comme participant actif est de première importance dans la réussite de tout programme d'intervention. Autant, en l'absence de cette dernière condition, les effets du programme disparaissent complètement peu de temps après la fin de ce dernier, autant la participation des parents en tant que partenaire renforce, même, le programme et le maintient efficace même lorsqu'il est officiellement terminé. C'est la condition la plus importante pour que les gains ne se perdent pas.

b. Pour que ces programmes soient efficaces, il est également de première importance que la famille vive dans des conditions écologiques minimales, telles que la santé, la nutrition, le logement et le gagne-pain y soient préalablement assurés. Ces conditions, déjà isolés comme des facteurs de risques élevés, sont par ailleurs socialement les plus difficiles à maintenir. Ainsi que le note Garbarino (1980), le seul fait de vivre dans un voisinage insalubre augmente significativement l'importance des risques d'adaptation sociale des enfants. Ce principe de qualité écologique suppose la mise au point de lois sociales qui assurent aux gens un minimum de "fierté de vivre". Selon les résultats de recherches, il apparaît que même des principes éducatifs aussi éloquents que ceux de l'actuel M.E.Q. (voir Enoncés de politiques et plan d'action M.E.Q., 1979) n'ont que bien peu d'effets sur la diminution des situations à haut risque. Puisque la famille est le pivot et souvent même l'origine des situations à haut risque, elle doit être la première bénéficiaire des programmes, les enfants en bénéficiant alors de façon encore plus significative à cause de l'effet de halo. On retrouve dans la littérature (Bronfenbrenner, 1972; Garbarino, 1980; Bricker & Bricker, 1976; Denenberg & Thoman, 1976; Cloutier & Tessier, 1980) une série de propositions visant à maintenir la salubrité minimale de l'écologie familiale:

- augmenter le nombre d'emplois à temps partiel pour les parents défavorisés qui ont des jeunes enfants;

- établir des horaires flexibles de travail;
- impliquer les parents dans les tâches de l'école ou de la garderie;
- créer des associations d'entraide dans le voisinage des familles à haut risque;
- intervenir auprès des jeunes familles à haut risque avant qu'ils aient des enfants;
- augmenter la connaissance des parents au sujet des caractéristiques du développement de l'enfant;
- disposer de services d'urgence pour les familles en état de crise;
- etc...

c. Tout programme d'intervention devrait durer plusieurs années et ce, sans interruption, sinon les gains acquis risquent de disparaître. Plus l'intervention se fait tôt (dès la naissance de l'enfant ou même avant), meilleurs sont les résultats.

Selon Bronfenbrenner (1974), ces interventions préventives devraient se faire selon cinq étapes.

1. Préparation à être parent. Il s'agit d'un entraînement donné aux gens lorsqu'ils sont encore étudiants (garçons et filles) les mettant en contact avec les soins à apporter aux enfants et avec certaines attitudes concernant la nutrition, le maintien de la santé, etc... Cette première étape serait peut-être une réponse

adéquate à un groupe de parents qui me disaient, au terme d'un échange: "on a déjà appris beaucoup au sujet de beaucoup de choses, mais quand le premier enfant est arrivé, on a réalisé qu'on n'avait rien appris au sujet de la façon d'être parent".

2. La seconde étape se situe au moment où la famille est formée, avant même qu'arrivent les enfants, et vise à augmenter l'habileté des gens à "tenir maison", à prévenir la maladie et à s'organiser une sécurité économique et sociale.

3. De la première à la troisième année de l'enfant, le but de l'intervention est d'établir une relation émotive stable et de qualité entre les parents et les enfants impliquant de fréquentes interactions de réciprocité. Comme il a été mentionné précédemment (ch. II de ce rapport), la difficulté de relation affiliative de qualité entre des parents et leurs enfants est un des facteurs à haut risque les plus importants qui, souvent, laisse à l'enfant un sentiment d'inefficacité qui se traduit dans des difficultés d'apprentissages scolaires ou sociaux. Lors de cette étape, il importe que le parent arrive à s'identifier lui-même comme le premier agent de l'intervention, comme efficace et responsable. C'est la condition centrale de l'efficacité de l'intervention.

4. Lorsque l'enfant a entre quatre et six ans, c'est-à-dire à cette période où il commence à fréquenter l'école ou qu'il commence ou continue la fréquentation d'une garderie, l'intervention doit

continuer à être centrée sur les parents. Les parents doivent demeurer les "premiers décideurs" de ce qui est proposé aux enfants (Cloutier & Tessier, 1980) et toute stratégie où le spécialiste assume la responsabilité et joue le rôle proéminent est voué à l'échec (Bronfenbrenner, 1974, 1979).

5. A l'âge où l'enfant fréquente l'école de façon régulière, le personnel de l'école doit continuer à considérer les parents comme les premiers responsables du développement de l'enfant.

CONCLUSION

L'approche préventive dont le but original était de contrecarrer les effets de la pauvreté et de la misère tire son origine des travaux de Hebb qui en 1949 commença à mettre en relief l'inéluctable processus par lequel la marginalité des parents se reproduit dans celle des enfants. Les travaux subséquents de Kirk (1958), Gray (1965) et Weikart (1964, cité dans Bronfenbrenner, 1974) et les résultats impressionnants qu'il obtinrent à ce moment grâce à des programmes d'intervention pré-scolaire ont validé l'approche qui s'est confirmée dans la mise de fond qu'a consenti le gouvernement américain dans le projet Head Start. Cependant, comme le mentionne Albee (1979), le "budget du National Institute of Mental Health des Etats-Unis indique que pas plus de 2% (5 millions) de ce budget total n'est actuellement

affecté à la prévention entendue au sens le plus large"(p.5). Au Canada et au Québec, les proportions sont sensiblement les mêmes.

Il est évident que d'une part les chercheurs n'ayant pas été formés à cette école sont encore inhabiles à planifier des programmes dans ce sens. D'autre part, les résultats sont généralement longs à devenir significatifs dans ce domaine (de 5 à 10 ans) et les chercheurs comme les bailleurs de fonds souhaitent des résultats plus immédiats. On a mis au point des stratégies de recherche tellement efficaces qu'il est devenu difficile de ne pas obtenir des résultats significatifs. C'est la société du vite fait qui le veut. Or, l'expérimentation de programmes de prévention dans le domaine des rapports humains prend du temps; quelques-uns ont été réalisés au Québec dont ceux de Bonnier-Tremblay* à Montréal et de Angers** à Trois-Rivières. On peut encore les compter sur les doigts de la main.

---

* Francine Bonnier-Tremblay a dirigé pendant 6 ans une recherche dans le but d'évaluer l'impact des pré-maternelles sur la réussite scolaire des enfants en milieux défavorisés. Cette recherche (DEDAPAM) s'est inscrite dans le cadre de l'Opération Renouveau de la CECM et a amené l'auteur à conclure, que la pré-maternelle, vue comme une mesure d'éducation compensatoire, n'avait que peu d'effets à long terme. Les véritables progrès ne se réalisent que lorsque les parents sont activement impliqués dans le processus. L'école seule ne peut offrir une compensation éducative suffisante.

** Pierre Angers a dirigé la recherche EPEL à la Commission scolaire de Trois-Rivières. Répartie sur quatre années, et visant à provoquer des changements (ouverture) dans l'organisation physique et pédagogique d'une école, l'auteur conclut que tout changement important ne peut se maintenir qu'à la condition de l'implication active et de l'auto-gestion par les gens concernés dans ce changement.

Le but poursuivi dans cette recherche était d'identifier les variables reconnues comme ayant une incidence avec les difficultés rencontrées par les enfants dans leur adaptation à l'école. Plus précisément quels sont les facteurs de risque élevé tels que prédictibles à partir d'observations faites au sein de la cellule familiale. L'ensemble de ces facteurs sont résumés à la fin du second chapitre (pp. 27-28). On peut à toutes fins pratiques conclure qu'il y a deux "situations" officiellement reconnues comme étant à risques élevés soit l'organisation de la communication entre les membres de la famille, et l'organisation des échanges entre la famille et les micro-systèmes adjacents, soit principalement le voisinage. On sait aussi que le stress et bon nombre de variables comme l'état de santé des individus jouent un rôle prédominant dans l'épidémiologie des facteurs de risques mais l'élément qui semble central est identifiable à la qualité des échanges qu'ont les gens entre eux. Lequel du stress ou de l'attachement mère-enfant déficient est l'élément déclencheur? Probablement les deux à la fois ou même une combinaison de plusieurs d'entre eux. Il y a là une voie de recherche dont le but serait d'identifier la véritable "combinaison perdante". Les enfants perdants ne sont pas seulement ceux qui manifestent le plus ouvertement leur désaccord dans des mésadaptations ou pathologies graves; il y a tous ceux qui s'en sortent mais au prix de quelle détérioration non immédiatement apparente dira Rutter (1979). Faut-il limiter les recherches aux seuls résultats observés à l'école pour prédire l'organisation d'une société plus saine? On ne connaît aucune donnée qui aille aussi loin dans sa cueillette d'informations.

En terminant je me permets cette longue citation de George W. Albee, professeur de psychologie à l'Université du Vermont, U.S. et ex-président de l'A.P.A. (American Association of Psychologists):

> "Nous sommes maintenant à l'aurore d'une quatrième révolution dans le domaine de la santé mentale. Le changement qui s'annonce est celui de la mise à l'honneur de la prévention.
> Cette quatrième révolution fait peser de nouvelles exigences sur nos épaules, à nous qui sommes déjà à l'oeuvre dans ce domaine. C'est dire qu'il nous faut garder présentes à l'esprit nos nouvelles responsabilités et nos nouvelles priorités. Nous devons trouver des moyens de démêler l'écheveau complexe des causes.
> Ce que nous devons surtout changer, néanmoins, ce sont nos attitudes à l'égard des causes, de manière à nous éloigner du modèle individualiste, centré sur la pathologie de l'individu, pour nous diriger vers une approche d'orientation plus franchement sociale et communautaire dans notre interprétation des causes et l'orientation de nos interventions" (Albee, 1979, p.9).

BIBLIOGRAPHIE

Abrams, J.C. & Kaslow, F. Family systems and the learning disabled child: Intervention and treatment. Journal of Learning Therapy, 1977, 10, 86-90.

Ackerman, P.R. & Moore, M.G. Delivery of educational services to preschool handicapped children. In TJossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Adkins, D.C., Dunning, M., Loveless, P., Daley, G., Okimoto, A, Crowell, D.C. & Noyes, M. Home activities for preschool children. Office of Economic Opportunity, Washington D.C. 1971, ERIC: ED.060947.

Ainsworth, M.D.S. The development of infant-mother attachment. In Caldwell, B.M. and Riciutti, H.V. (Eds.) Review of child development research, Vol. 3, Univ. of Chicago Press, 1973, 1-94.

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton, D.J. Individual differences in strange situation behavior of one-year olds. In Schaffer, H.R. (Ed.) The origins of human social relations. London: Academic Press, 1971.

Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In Ammbrose, J.A. (Ed.) Stimulation in early infancy. London: Academic Press, 1967.

Albee, G.W. La psychothérapie et la prévention. Communication faite à Québec dans le cadre des "conférences-midi", Ecole de Psychologie, Université Laval, Québec, 1977.

Albee, G.W. La prévention primaire. Santé Mentale au Canada, 1979, 27, 5-9.

Aldrich, R.A. & Holliday, A. The mental retardation service delivery system project. Research Report no. 3. Health Ressources St dy Center, Univer. of Washington, Seattle, 1971.

Artley, A.S. & Hardin, V.B. A current dilemma: Reading disability or learning disabilities. The Reading Teacher, 1976, 361-366.

Auerbach, A.G. The social control of learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1971, 4, 370-378.

Badian, N.A. & Serwer, B.L. The identification of high risk children: A retrospective look at selection criteria. Journal of Learning Disabilities, 1975, 8, 283-287.

Baker, B.L. & Heifetz, L.J. The read project: Teaching manuals for parents of retarded children. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore, M.D.: Univ. Park Press, 1976.

Becker, L. Conceptual tempo and the early detection of learning problems. Journal of Learning Disabilities, 1976, 9, 433-442.

Beckwith, L. Caregiver-infant interaction and the development of the high risk infant. In Tjossem, T.D. (Ed.) Interventions strategies for high risk infants and young children. Baltimore, M.D.: Univ. Park Press, 1976.

Beckwith, L. Relationships between infants' social behavior and their mothers' behavior. Child Development, 1972, 43, 397-411.

Bell, S.M. The development of the concept of objects as related to infant-mother attachment. Child Development, 1970, 41, 291-311.

Bell, R.Q. Stimulus control of parent or caretaker behavior by offspring. Developmental psychology, 1971, 4, 63-72.

Birsch, H. & Gussow, C.D. Disadvantaged children. Grune and Stratton, New York, 1970.

Book, R.M. Identification of educationally at-risk children during the kindergarten year: A four-year follow-up study of group test performance. Psychology in the Schools, 1980, 17, 153-158.

Bowlby, J. Attachment and loss, Vol. 2. Separation, New York: Basic Books, 1973.

Bradley, R. & Caldwell, B.M. Home observation for measurement of the environment: A validation study of screens efficiency. American Journal of Mental Deficiency, 1977, 81, 417-420.

Bradley, R.H., Caldwell, B.M. & Elardo, R. Home environment and cognitive development in the first 2 years: A cross-lagged panel analysis. Developmental Psychology, 1979, 15, 246-250.

Bricker, W.A. & Bricker, D.D. The infant, toddler and pre-school research and intervention project. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore, M.D.: Univ. Park Press, 1976.

Bricker, D. & Casuso, U. Family involvement: A critical component of early intervention. Exceptional Children, 1979, 108-116.

Brim, O.G. Macro-structural influences on child development and the need for childhood social indicators. American Journal of Orthopsychiatry, 1975, 45, 516-524.

Bronfenbrenner, U. The ecology of human development. Harvard Univ. Press., Cambridge, 1979.

Bronfenbrenner, U. Toward an experimental ecology of human development. American Psychologists, 1977, 32, 513-531.

Bronfenbrenner, U. Is early intervention effective? A report of longitudinal evaluations of preschool programs, Vol. II. Department of Health Education and Welfare, Office of Human Development, Office of Child Development, Children's Bureau. Publication (OHD) 76-30025. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1974.

Bronfenbrenner, U. Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. Child Development, 1974, 45, 1-5.

Cloutier, R. & Tessier, R. La garderie québécoise: analyse fonctionnelle des facteurs d'adaptation. Rapport de recherche (sous presse) Québec, 1980.

Cohen, D.J. Day care serving preschool children. U.S. Office of Child Development, DHEW Publication (OHD) 74-1057, 1974.

Community Cooperative Nursery School. A preschool program involving mothers as organizers, helpers, and decision-makers. National Center for Educational Communication (DHEW/OC) Washington, D.C. Office of Economic Opportunity, 1970, ERIC: ED 045214.

Cross-Cultural Family Center. A nursery school providing a multicultural curriculum to promote racial understanding and acceptance. National Center for Educational Communication: DHEW/OE Washington, D.C., 1980, ERIC: ED 045214.

Cruickshank, W.M. Myths and realities in learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1977, 10, 57-64.

Denenberg, V.H. & Thoman, E.B. From animal to infant research. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategy for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Denhoff, E. & Hyman, D. Parent programs for developmental management. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategy for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Divoky, D. Education latest victim: The /LD/ kid. Learning, 1974, 3, 20-25.

Doleys, D.M., Cartelli, L.M. & Doster, J. Comparison of pattern of mother-child interaction. Journal of Learning Disabilities, 1976, 9, 371-375.

Doleys, D.M., Doster, J. & Cartelli, L.M. Parent training techniques: Effects of lecture-role playing followed by feedback and self-recording. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1976, 7, 359-362.

Eastman, K. The foster family in a system theory perspective. Child Welfare, 1979, 58, 564-570

Epstein, M.H., Cullinan, D., Lessen, E.I. & Lloyd, J. Understanding children with learning disabilities. Child Welfare, 1980, 59, 2-13.

Friedman, R. Using the family school in the treatment of learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1978, 11, 378-382.

Garant, L. Facteurs de risque pour l'enfant. Ministère des Affaires Sociales du Québec, 1980.

Garbarino, J. & Stocking, S.H. (Eds.) Protecting children from abuse and neglect. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.

Garbarino, J. & Sherman, D. High risk neighborhood and high risk families: The human ecology of child maltreatment. Child Development, 1980, 51, 188-198.

Garbarino, J. & Crouter, A. Defining the community context of parent child relations. Child Development, 1978, 49, 604-616.

Garbarino, J., Crouter, A. & Sherman, D. Screening neighborhood for intervention: A research model for child protective services. Journal of Social Service Research, 1977, 1, 135-145.

Garbarino, J. The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. Journal of Marriage and the Family, 1977, 39, 721-727.

Garbarino, J. A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: The impact of socioeconomic stress on mothers. Child Development, 1976, 47, 178-185.

Garbarino, J. The meaning and implications on school success. Educational Forum, 1975, 40, 157-168.

Gibbs, J.C. The meaning of ecologically oriented inquiry in contemporary psychology. American Psychologist, 1979, 34, 127-140.

Glazzard, M. The effectiveness of three kindergarten predictors for first-grade achievement. Journal of Learning Disabilities, 1977, 10, 95-99.

Gray, S.W. & Klaus, R.A. Experimental preschool program for culturally-deprived children. Child Development, 1965, 36, 887-898.

Gray, S.W. & Klaus, R.A. The early training project: The seventh-year report. Child Development, 1970, 41, 909-924.

Harris, A. How to increase reading ability. New York: David McKay Co. 1970.

Hebb, D.O. The organisation of behavior. New York: John Wiley, 1949.

Hetherington, E.M. & Deur, J. The effects of father absence on child development. Young Children, 1971, 26, 233-248.

Insel, P.M. & Moos, R.H. Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. American Psychologyst, 1974, 29, 179-188.

Joshi, P. Théorie des systèmes généraux: structures hiérarchiques et systématisation dans le domaine de la santé mentale. Revue portugaise de la déficience mentale, 1972, 2.

Kass, E.R., Sigman, M., Bromwich, R.F. & Parmelee, A.H. Educational intervention with high risk infants. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategy for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park, Press, 1976, 535-543.

Keog, B.K. & Smith, C. Early identification of educationally high potential and high risk children. Journal of School Psychology, 1970, 8, 285-290.

Kirk, S.A. Early education of the mentally retarded. Urbana, Illinois: Univ. of Illinois, Press, 1958.

Kraft, I., Fuschillo, J. & Gerzog, E. Prelude to school: An evaluation of an inner-city preschool program. Government Printing Office, Washington, D.C., U.S.A., 1968. ERIC: ED 033750.

Kronick, D. Learning from living. Educational and counseling group for parents. Academic Therapy, 1978, 13, 355-359.

Lazar, J.B. & Chapman, J.E. A review of the present status and futur research needs of program to develop parenting skills. Washington, D.C.: Social Research Group, Georges Washington Univ. 1972.

Lerner, J.W. Children with learning disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies. Boston: Houghton-Mifflin, 1971.

Levenstein, P. Cognitive growth in preschooler through verbal interaction with mothers. American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40, 426-432.

Lewis, M. Nearest neighbor analysis of epidemiological and community variables. Psychological Bulletin, 1978, 85, 1302-1308.

Magliocca, L.A., Rinaldi, R.T., Crew, J.L. & Kunzelman, H.P. Early identification of handicapped children through a frequency sampling technique. Exceptional Children, 1977, 414-420.

Mardell, C. & Goldenberg, D. For prekindergarten screening information: DIAL. Journal of Learning Disabilities, 1975, 8, 140-147.

Martin, B. Parent-child relations. In Horowitz, F.D. (Ed.) Review of child development, Vol. 4. Univ. of Chicago Press, 1975, 463-540.

Mayron, L.W. Ecological factors in learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1978, 11, 496-501.

McAfee, J. & Vergason, G.A. Parent involvement in the process of special education: Establishing the new partnership. Focus on Exceptional Children, 1979, 11, 1-15.

Meier, J.H. Screening, assessment, and intervention for young children at developmental risk. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Mercer, C.D., Forgone, C. & Wolking, W.D. Definitions of learning disabilities used in the United States. Journal of Learning Disabilities, 1976, 9, 376-386.

Ministère de l'Education du Québec. L'école québécoise. Enoncé de politique et plan d'action. Gouvernement du Québec, M.E.Q., 1979.

Ministère de l'Education du Québec. C.O.P.E.X. Rapport sur l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec. Service général des communications du M.E.Q., Québec, 1976.

Morgane, P.J., Stern, W. & Resnich, O. Early protein lack: Malevalent effects. Science News, 1974, 106-129.

Narkewicz, R.M. & Graven, S.N. The tired child syndrome. Child and Family, 1966, 1.

Neligan, G.A. The effects of intrauterine malnutrition upon later development in humans. Psychiatric Neurology, 1971, 74, 453.

Nye, F.I. Child adjustment in broken and unbroken homes. Marriage and Family Living, 1957, 19, 356-361.

Plowden Report. Children and their primary schools, Vol. I. The Central Advisory Council for Education (England) Report IE, HMSO, 1967.

Polansky, N., Chalmers, M., Butten-Wieser & Williams, D. The isolation of the neglectful family. American Journal of Orthopsychiatry, 1979, 49, 149-152.

Radin, N. Observed paternal behaviors as antecedents of intellectual functioning in young boys. Development Psychologist, 1973, 8, 369-376.

Ramey, C.T. & Smith, B.J. Assessing the intellectual consequences of early intervention with high risk infants. American Journal of Mental Deficiency, 1976, 81, 318-324.

Ramey, C.T., Mills, P., Campbell, F.A. & O'Brien, C. Infant's home environments: A comparison of high risk families and families from the general population. American Journal of Mental Deficiency, 1975, 80, 40-42.

Rutter, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In Whalen Kent, M. & Rolf, J.E. (Eds.) Primary prevention of psychopathology, Vol. III. Social competence in children. Hanover, New Hampshire: Univ. Press of New England, 1979, 49-74.

Rutter, M. Parent-child separation: Psychological effects on the children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1971, 12, 233-260.

Sabatino, D.A. & Miller, T.L. The dilemma of diagnosis in learning disabilities: Problems and potential directions. Psychology in the Schools, 1980, 17, 76-86.

Sameroff, A. Early influences on developemnt: Fact or fancy? Merrill-Palmer Quarterly, 1975, 21, 267-294.

Sartain, H.W. Instruction of disabled learners: A reading perspective. Journal of Learning Disabilities, 1976, 9, 489-497.

Schaefer, E.S. Scope and focus of research relevant to intervention: A socioecological perspective. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Schaefer, E.S. & Aronson, M. Infant education research project: Implementation and implications of the home tutoring program. In Parker, R.K. (Ed.) The preschool in action. Boston: Allyn and Bacon, 1972, 410-436.

Schaefer, E.S. & Bayley, . Consistency of maternal behavior from infancy to preadolescence. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1960, 61, 1-6.

Schere, R.A., Richardson, E. & Bialer, I. Toward operationalizing a psycho-educational definition of learning disabilities. Journal of Abnormal Child Psychology, 1980, 8, 5-20.

Selye, H. Stress. Montreal: Acta, 1950.

Senf, G.M. & Comrey, A.L. State initiative in learning disabilities: Illinois' project screen. Report 1: The screen early identification procedure. Journal of Learning Disabilities, 1975, 8, 451-457.

Shearer, D.E. & Shearer, M.S. The portage project: A model for early childhood intervention. In Tjossem, T.D. (Ed.) Intervention strategies for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Silberger, N.E. Is there such a thing as a learning disabled child. Journal of Learning Disabilities, 1971, 4.

Tessier, R. Le programme de formation personnelle et sociale: son applicabilité en milieu scolaire québécois. Rapport de recherche soumis au M.E.Q., 1980.

Thompson, H.L. Malnutrition as a possible contributing factor to learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1971, 4, 27.

Tjossem, T.D. (Ed.) Early intervention: issues and approaches. In Tjossem, T.D. Interventions strategies for high risk infants and young children. Baltimore: Univ. Park Press, 1976.

Walker, S. Drugging the american child: We're too cavalier about hyperactivity. Journal of Learning Disabilities, 1975, 8, 350-358.

Weikart, D.P., Kamii, C.K. & Radin, N. Perry preschool progress report. Ypsilanti, Michigan: Ypsilanti Public Schools, 1964.

Wong, B. The role and theory in learning disabilities research. A selective review of current theories of learning and reading disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1979, 12, 15-24.

IMPACT DES SERVICES DE GARDE SUR LE DEVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS

Synthèse réalisée à la demande du Comité de la santé mentale du Québec et de la Direction des politiques de services sociaux.

Roger MURRAY
Ministère des Affaires sociales
Service des Synthèses de recherche
Novembre 1980

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 1

1. CARACTERISTIQUES DU DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT..... 7

2. IMPACT DES SERVICES DE GARDE..... 13

. Résultats des recherches

2.1 Limitations des recherches portant sur l'impact des services de garde..... 17

2.2 Le développement cognitif..... 20

2.3 Le développement émotif..... 23

2.3.1 Attachement à la mère en fonction du type de garde..... 24

2.3.2 La relation entre l'enfant et la personne chargée de sa garde..... 26

2.4 Le développement social..... 28

2.4.1 La relation avec les pairs..... 28

2.4.2 La relation avec les adultes..... 29

3. CONCLUSION..... 35

4. ANNEXES

Annexe A- Profil général du développement de l'enfant: 1 à 24 mois..... 45

Annexe B- The effects of experimental context and experimential background on infant's behavior toward their mothers and a stranger..... 59

Annexe C- Day care and attachment..... 65

5. BIBLIOGRAPHIE 69

AVANT-PROPOS

Cette étude veut faire le point sur les risques imputables aux services de garde, plus précisément aux garderies, et sur ses effets concernant le développement des enfants de 0 à 3 ans(1). A l'énoncé du sujet, on peut déceler, du moins en simple logique, deux points de vue: selon une première hypothèse, la garderie serait en soi un facteur de risque pour les enfants, entendu que *"rien ne saurait compenser l'absence de la mère"* et que les services de garde ne sauraient constituer, au mieux, qu'un moindre mal en réponse à des situations catastrophiques; selon la seconde, le placement d'enfants en service de garde serait susceptible de perturber plus ou moins sérieusement leur développement d'où risques encourus par cette jeune clientèle. Il nous faut éliminer la première hypothèse laquelle revient à faire le procès en bonne et due forme des services de garde de substitution sans solution de rechange autre qu'un impossible retour à la situation ante, celle où chaque famille assumait entièrement les tâches de garde de ses propres rejetons. Or, on assiste, au contraire, à des demandes pressantes et constantes d'accroissement des services de garde. Dans ces circonstances, il devient impérieux de connaître l'impact réel de ces services sur les diverses facettes du développement de leur clientèle.

---

(1) *Les travaux qui abordent la question de risques en milieu de garde privilégient habituellement un échantillonnage d'enfants âgées de 0 à 2 ans période où s'initient, pour le meilleur ou pour le pire, les développements intellectuel, affectif, psycho-moteur et social du futur adulte. Passée la période de vacuum (3-4 ans), l'enfant se trouve aspiré par un autre type de services, le système scolaire, riche en lui-même de risques de toute nature.*

Certes, nulle part, on a attendu les résultats de ces travaux pour mettre sur pied des services de garde et les chercheurs furent contraints d'attraper au vol un wagon solidement lancé sur ses rails(1). Malgré tout, les recherches en ce domaine sont relativement nombreuses, souvent ingénieuses et les résultats, s'ils n'entraînent pas toujours l'adhésion totale, se révèlent dans l'ensemble favorables aux services de garde(2). La seconde partie de notre texte exposera l'ensemble des conclusions de ces études.

Il convient cependant de souligner, dès à présent, les difficultés épistémologiques inhérentes à ce type de travaux. Ceux-ci illustrent, à leur manière, l'inconfort de la recherche

---

(1) *Dans un article récent, Adrienne HARRIS se penche sur la question et s'étonne:*

"En fait nous nous trouvons dans cette situation inouïe où une politique et des prestations sociales qui modifient radicalement la vie des enfants et de leur famille se sont instaurées sans qu'on en connaisse de manière probante les effets des nouvelles formes de socialisation qu'elles constituent". (HARRIS, Adrienne E., "Découvertes récentes de la recherche nord-américaine sur la socialisation du jeune enfant", Revue internationale des sciences sociales, Vol. XXXI, no 3, 1979, p.460. Situation déplorable peut-être inouïe certainement pas. Exception faite de programmes reposant principalement sur l'allocation de ressources financières (par exemple, une politique de sécurité du revenu), l'expertise scientifique ne précède habituellement pas la mise en oeuvre des politiques mais les suit, souvent à distance respectueuse.

(2) *Nous reviendrons plus en profondeur sur ces considérations globales à la quatrième partie de ce texte.*

en sciences humaines, dès lors qu'elle aborde des sujets à forte teneur normative. Peut-il en être autrement face à un concept -le risque*(1)*-, volatile s'il en est, qui renvoie à des altérations ou perturbations appréhendées, donc implique, à la fois comme point de départ et élément de comparaison, une situation qualifiée de normale? Cette situation dite normale étant susceptible de variations dans le temps ou en fonction des définisseurs, s'ensuivent d'évidentes évolutions dans la perception de risques éventuels. Les craintes d'hier sont souvent les banalités d'aujourd'hui... Ainsi, lorsque nous interrogerons la recherche sur les services de garde, nous devrons privilégier les mesures d'impact sur les divers aspects du développement (dans la mesure où elles existent) mesures qui, <u>seules,</u> permettent d'apprécier les risques.

Ce travail comporte trois parties. La première présente succinctement les caractéristiques ayant trait au développement de la petite enfance. La seconde offre les résultats des recherches relatives à l'impact des services de garde sur ces enfants. La troisième, enfin, se veut un bref bilan et prétend fournir certaines recommandations.

---

(1) Dans la littérature concernant l'impact des services de garde, on ne trouve pas l'expression "facteur de risque", *terminologie qui se révèle plus adéquate en recherche épidémiologique, domaine où peuvent s'établir des relations simples de cause à effet, qu'en recherche en sciences sociales, secteur où abondent des relations complexes entre phénomènes souvent diffus. Pour notre part, on parlera <u>d'impact</u>, <u>d'effets</u> ou tout simplement de <u>risques</u>.*

1. CARACTERISTIQUES DU DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT.

Ainsi qu'il est communément admis aujourd'hui, les premières années de la vie constituent, pour tout individu, la période cruciale de son existence, celle où s'amorcent et s'articulent les diverses facettes de sa personnalité(1). Dès les premiers mois de la vie, on assiste à l'amorce et au développement significatif des facultés cognitives et perceptives, du processus de communication, de la vie émotive et sociale(2).

Totalement dépendant, le nourrisson est éminemment sensible aux stimuli, positifs ou négatifs, du monde extérieur. L'action de ce milieu se révèle donc primordiale et déterminante, phénomène qui n'aura aucune équivalence dans les étapes ultérieures de l'évolution de l'être humain.

L'enfant se modèle imperceptiblement en fonction d'interactions diverses: mère (interlocutrice privilégiée), famille, services de substitution. Dans le meilleur des cas, ces interactions visent à *"maintenir une sorte d'homéostase biologique*

---

(1) *Unanimité comme toute récente et bouleversement des positions traditionnelles ainsi que le souligne A. HARRIS: "Il y a vingt-cinq ans, il était de tradition chez les spécialistes de concevoir le nouveau-né comme un organisme réflexe et de considérer la plupart de ses premiers agissements comme anarchiques, désordonnés, produits pour ainsi dire par un organisme décortiqué". HARRIS, A.E., op.cit. p.451.*

(2) *On retrouvera, à l'Annexe A, le profil général du développement du jeune enfant (1 à 24 mois). Pour ce faire, on a procédé à un réaménagement des tableaux contenus dans "La garderie: une expérience de vie pour l'enfant", Tome I, ministère des Affaires sociales, Direction de la planification des services sociaux, Service de la conception des programmes 1976.*

où le bébé n'est ni trop sollicité, ni délaissé"(1). Objectif un peu flou, notera-t-on? Il faut en convenir et remarquer, par la même occasion, qu'en matière de recherche sur la petite enfance, les méthodologies les plus sophistiquées aboutissent souvent à des considérations marquées par un stoïque bon sens! Le juste milieu apparaît alors comme l'option souhaitée encore qu'indéfinissable.

La petite enfance a fait l'objet d'un nombre pléthorique de travaux et d'expérimentations variés. Elle demeure un axe majeur de la recherche contemporaine. Cette expertise scientifique, soutenue et stimulante, en a bouleversé radicalement l'image simpliste qui était de mise à une époque somme toute récente.

Ainsi donc, le petit être amorphe et instinctif se révèle, dans les faits, un agent actif confronté à ces redoutables défis que constituent l'apprentissage et la maîtrise d'aptitudes perceptives, cognitives, linguistiques, voire sociales. La science n'a pas épuisé, il s'en faut de beaucoup, ce domaine essentiel à une juste compréhension de ce que nous sommes.

Cette activité explosive a eu évidemment pour effet de fragmenter le domaine de recherche en divers courants, lesquels se démarquent les uns des autres par les postulats sur lesquels reposent l'analyse, l'aspect traité de l'étude, les méthodologies utilisées etc.

---

(1) HARRIS, A.E. op. cit. p. 458.

A travers cette effervescence, s'impose, en raison de sa pertinence pour notre étude, le mouvement de recherche centré sur le lien affectif, lequel privilégie l'étude de l'enfant en tant qu'être social.

Qui dit enfant social dit enfant en interaction. Qui dit enfant en interaction insiste nécessairement sur la relation mère-bébé. A l'origine (fin de la deuxième guerre mondiale), les études de l'attachement affectif postulaient qu'un lien étroit, intime et constant entre la mère et l'enfant était indispensable à l'épanouissement de ce dernier et que, par conséquent, toute séparation ou substitution causaient des effets néfastes dans l'évolution du bébé.

Cette position était par trop exclusive. Très tôt, les chercheurs mirent l'accent sur d'autres facteurs susceptibles d'avoir un impact déterminant sur le développement harmonieux du bébé. Furent pris alors en considération les conditions de l'accouchement, le rôle du père et des autres membres de la famille sur l'enfant comme l'impact des diverses personnes qui entraient en contact avec l'enfant. Le développement de ce dernier se révèla être la résultante d'un réseau complexe de liaisons de nature et d'intensité diverses et non plus le fruit de la relation unilatérale avec la mère. Aujourd'hui les travaux sur l'attachement affectif s'intéressent plutôt à l'effet de ce lien sur la mère.

La substitution de la mère, qu'elle soit momentanée ou périodique, brève ou relativement longue, a perdu ce caractère

dramatique, quasi immoral qui était sien:

> *"Recent reviews(...) indicate that maternal employment per se is not harmful to the child. Rather, the effects of such employment appear to depend on a number of mediating conditions, such as the age and sex of the child, socio-economic status, ethnic and racial background, the intactness of the family, the attitudes of working mothers (and fathers), various characteristics of maternal employment (e.g. full-time vs part-time, regular vs sporadic, duration of employment), and the kinds of child-care provisions that are made". (1)*

Madame ETAUGH suggère en fait un programme de recherches pour un domaine où beaucoup de questions demeurent sans réponses. On ne peut plus affirmer cependant la nécessité d'un lien permanent mère-bébé pour l'épanouissement de ce dernier et on admet volontiers que la multiplicité des expériences humaines du jeune enfant a plutôt tendance à élargir ses potentialités. Ceci nous conduit à aborder directement la question des soins de substitution et de leurs effets sur le bébé et à rendre compte des résultats de la recherche en ce domaine.

---

(1) *ETAUGH, Claire: "Effects of non-maternal Care on Children Research Evidence and Popular Views", American Psychologist, April 1980, p.309.*

2. IMPACT DES SERVICES DE GARDE

. *Résultats des recherches*

"We have, so to speak, some good news and some bad: The good news is that the number of investigations examining the effects of alternative care arrangements has increased substantially during the past 8 years; the bad news in that when considered from a broader perspective on human development we know shockingly little about the impact of day care on children, on their parents and on the society in which these children live". (1)

---

(1) Belsky et Steinberg op. cit. p. 929

Cette partie se subdivise en quatre sections. La première expose les critiques ou plus précisément les réserves émises contre le domaine de recherche visant à évaluer l'impact des services de garde. Cette mise au point s'impose dès le départ car elle permet de relativiser, si besoin en est, les résultats obtenus par l'expertise scientifique. Les résultats eux-mêmes, effets des services de garde sur le développement cognitif, émotif et social du jeune enfant sont présentés dans les trois sections suivantes.

On le notera rapidement, ces résultats révèlent, plus souvent qu'autrement, des tendances, se traduisant en "plus" ou en "moins", faisant appel au bon sens, à l'expérience et à l'appréciation quasi-intuitive des phénomènes. Cela se comprend aisément: les recherches sur l'impact des services de garde se sont attaqué d'abord à identifier les effets négatifs de ces services sur le développement des jeunes enfants. Force nous est d'admettre qu'elles n'en ont trouvé que fort peu (ces derniers étant pour la plupart imputés à des carences méthodologiques ou à l'absence de certaines variables), d'où reprises intégrales de recherches déjà faites, insistance sur le cadre méthodologique et élargissement de la problématique.

La recherche sur l'impact des services de garde a certes fourni d'excellentes réponses mais permet surtout présentement d'articuler nos questions.

2.1 *Limitations des recherches portant sur l'impact des services de garde.*

Unanimité chez tous ceux(1) qui ont réfléchi sur les résultats de la recherche portant sur l'impact des services de garde: le secteur est en effervescence, élargit ses champs d'investigations, raffine ses méthodes mais traîne certaines lacunes sérieuses.

En premier lieu, les recherches portent, dans la plupart des cas, sur des garderies dites de haute qualité. Dans ce contexte précis, nous parlons de centres situés ou rattachés à une université quand ils n'ont pas été créés de toute pièce pour les fins de la recherche. Ces garderies, si elles "réflètent" la vie quotidienne des établissements ordinaires, s'en distinguent forcément par la qualité des services et les qualifications du personnel.

A première vue, cette situation serait susceptible de produire des résultats excessivement favorables aux services de garde. Cette assertation doit cependant être nuancée car l'enfant placé dans un contexte artificiel risque fort de présenter un comportement insolite.

Ne répète-t-on pas d'ailleurs fréquemment que l'expérimentation de tests psychologiques en laboratoire s'avère dans bien des

---

(1) *Signalons en particulier le remarquable article de BELSKY et STEINBERG: "The effects on Day Care: a critical review", op. cit. modèle en son genre. S'inscrivent dans ce sillage avec des contributions originales: PROVOST, Marc-A.: L'effet des garderies sur le développement de l'enfant, Santé mentale au Canada, Col. 28, no 1, mars 1980. ETAUGH, Claire: Effects of nonmaternal Care on Children, op. cit. CLIFFORD Howard: La garde de jour des bébés. Santé mentale au Canada, Vol. 27, no 2, juin 1979.*

cas *"the science of the strange behavior of children in strange situation with strange adults for the briefest possible period of time"(1)?*

Le second grief formulé aux recherches sur l'impact des services de garde concerne l'absence d'études longitudinales. Les études sont concentrées sur l'analyse d'effets immédiats susceptibles de s'altérer ou simplement de disparaître lors d'une phase ultérieure, la phase scolaire par exemple. On ne peut même pas nier l'hypothèse d'effets non décelés *("Sleeper effects")* lors de l'expérimentation en garderie mais susceptibles de se manifester plus tard. Il faut cependant insister sur les difficultés d'études longitudinales en milieu de garde où les clientèles s'avèrent particulièrement volatiles.

La troisième restriction fait référence au degré d'équivalence entre les échantillons retenus. Le problème se pose de la façon suivante: il appert que les familles usant des services de gardes privilégient des valeurs sensiblement différentes que celles des familles n'y faisant pas appel (par exemple, le rôle de la mère, l'attitude face au service de garde, etc.) et que ces conceptions différentes auraient des conséquences certaines sur le développement des enfants.

Dès lors se pose le problème de savoir si les particularités de développement entre les enfants qui sont en garderie et ceux qui

---

(1) *Cette orientation a eu une autre conséquence, celle de restreindre l'étude de l'impact des services de garde aux garderies. Ainsi que le soulignent BELSKY et STEINBERG"... only a few studies deal with family day care, and virtually no data are available about the effects of leaving children with a babysitter for extended periods of time". (BELSKY et STEINBERG, op. cit. p. 930).*

sont à domicile relèvent du service lui-même ou sont imputables aux valeurs spécifiques de la famille. La question reste ouverte encore que certains chercheurs aient proposé, à titre de solution, que les échantillons soient sélectionnés respectivement parmi les enfants en garderie et ceux qui sont inscrits sur les listes d'attente.

Le quatrième grief porte sur le problème de la validité. D'une part on remarque que l'étude des effets des soins repose sur des *"procédés de mesure étroits et écologiquement atypiques (tests normalisés, mesure du Q.I., mesure comportementale de l'angoisse de séparation)" (1).* Les résultats obtenus par ces tests peuvent à tout le moins être sujets à interprétation si on garde à l'esprit l'âge des enfants à qui ils sont soumis et les conditions souvent traumatisantes dans lesquelles ils sont appliqués. D'autre part, ces études prennent rarement en considération les effets de substitution sur la famille et la situation réelle des enfants vivant à domicile: *"Most important, none of these studies take into account the real-life alternatives e.g., the effects of day care vs the effects of being parked at home in front of the T.V. all day, or the effects of generously staffed vs under-staffed day care on children. In evaluating the impact of day care, many factors concerning children's lives, not simply short-term programmatic effects, must be considered". (2)*

---

(1) *HARRIS, A.E.: op. cit. p. 460*

(2) *COHEN, Donald J. & ZIGLER, Edward: Federal Day Care Standards: Rationale and Recommandations Journal of the National Association for the Education of Young Children, March 1978, pp. 29-30.*

Voilà sans doute beaucoup de réserves et de critiques. Si elles apportent les nuances nécessaires, elles ne mettent pas en cause les résultats obtenus à ce jour par la recherche. Ces résultats sont présentés dans trois grands domaines: le développement cognitif, le développement émotif et le développement social.

2.2 *Le développement cognitif*

Les recherches l'affirment de façon indubitable: l'expérience de la garderie n'a, à toute fin pratique, pas d'effet sur le développement cognitif de la plupart des enfants. Ce constat s'adresse plus spécifiquement aux enfants issus de classe moyenne ou de milieux nettement favorisés. Les services de garde auraient, semble-t-il, des effets bénéfiques pour les enfants dits désavantagés (cette formule pudique désigne les enfants dont le développement intellectuel risque d'être perturbé suite aux carences économiques de leur milieu). Il faut noter que jusqu'à tout dernièrement, on expliquait souvent ces gains par le caractère universitaire et la très haute qualité des services où s'effectuaient les analyses. Une recherche récente*(1)* conclut, entre autre, à l'apport bénéfique pour les enfants à risque et ce dans le cas de services de qualité moyenne.

Le clair-obscur domine, en revanche, au sujet de l'impact des différentes formes de services de garde sur le développement

---

*(1) La recherche de GOLDEN, ROSENBLUTH, GROSSI, POLICARE, FRECMAN et BROWNLEE dont les résultats furent publiés en 1978. Nous n'avons pu obtenir copie de ce travail bri*èvement *résumé cependant par ETAUGH (op. cit.) et BELSKY et STEINBERG (op. cit.).*

intellectuel. Apparemment, les mesures disponibles ne seraient guère significatives en raison de la multiplicité et de la non-compatibilité de variables telles les programmes, les aménagements, les expériences variées du personnel, le niveau de familiarité des enfants avec ce dernier etc.

Un dernier point mérite d'être souligné. On a en effet constaté que les gains au niveau du Q.I. obtenus à court terme par les enfants en garderie avaient tendance à disparaître rapidement dès lors que cessait l'utilisation du service. On explique généralement ce phénomène par la valeur toute relative d'un test psychométrique tel le Q.I. associé aux stimulations exceptionnelles provenant d'un service de garde d'excellente qualité. Une recherche(1) a constaté une baisse similaire pour des enfants faisant une utilisation prolongée des services de garde. On avance comme explication que"... *prolonged enrollment in a day-care program may ultimately under-mining any positive effects the programm may have had initially"(2).*

De l'ensemble de ces conclusions se dégage un portrait impressionniste et, à bien des égards, irritant. Les recherches n'ont pas permis d'identifier d'effets négatifs de la part des garderies sur le développement intellectuel des jeunes enfants et leur attribuent même un effet positif sur les enfants de milieux défavorisés.

---

(1) *FOWLER, W., et KHAN, N. The development of a prototype infant and child day care center in metropolitan Toronto, Toronto, Ontario, 1975. Cité par BELSKY et STEINBERG op. cit.*

(2) *BELSKY et STEINBERG, op. cit. p. 934.*

Mais, ainsi que le souligne Marc PROVOST(1), "... *les conclusions sont sérieusement affaiblies par les problèmes méthodologiques tels les garderies de haut standard et la passation de tests psychométriques*". L'effort prochain de la recherche devra sans doute être centré sur la solution de ces problèmes. BELSKY et STEINBERG, pour leur part, insistent sur le point suivant: "*We wish to stress at this point the need for further research focusing on the effects of day care in intellectual abilities assessed through observation rather than standardized tests*"(2).

---

(1) *PROVOST, M., op. cit. p. 8.*

(2) *BELSKY et STEINBERG: op. cit. p. 935.*

2.3 Le développement émotif(1)

Si les considérations portant sur le développement intellectuel pouvaient nous laisser quelque peu sur notre appétit, on ne devrait surtout pas s'attendre à des conclusions spectaculaires dans les résultats concernant les effets des services de garde sur le développement émotif. L'abondance des recherches consacrées à cet aspect de la question n'a pas apporté les lumières désirées.

Ces recherches peuvent être regroupées en deux tronçons majeurs. Le premier s'est attardé à évaluer les variations concernant l'attachement à la mère en fonction de l'utilisation ou de la non-utilisation des services de garde. Le second s'est attaqué à la question des rapports qui s'établissent entre le jeune enfant et la personne qui assurait la garde.

---

(1) *La littérature relative à cette section est particulièrement abondante. Retenons plus particulièrement:*

-*BROOKHART, Joce et HOCK, Ellen: "The effects of experimental context and experimental background on infant's behavior toward their mothers and a stranger", Child Development, juin 1976, vol. 47, no 2.*

-*FERRAN, Dale et RAMSEY, Craig: "Infant day care and attachment behaviors toward mothers and teachers", Child Development, septembre 1977, vol. 48, no 3.*

-*FOX, Nathan: "Attachment of Kibbutz infants to mother and metapelet", Child Development, décembre 1977, vol. 48, no 4.*

-*HARRELL, Janet et RIDLEY, Carl: "Substitute child care, maternal employment and the quality of mother-child interaction", Journal of marriage and the family, vol. 37, no 3, août 1975.*

-*PORTNOY, Fern et SIMMONS, Carolyn: "Day care and attachment", Child Development, mars 1978, vol. 49, no 1.*

2.3.1 Attachement à la mère en fonction du type de garde.

Le sujet ci-dessus mentionné fut d'abord marqué par une recherche effectuée par M. BLEHAR(1) en 1974. On se refère souvent à cette recherche parce que, curieusement, elle est une des seules à prêter sans hésitation aux services de garde des effets négatifs sur le développement émotif des jeunes enfants, position qui fut expliquée par la suite par des faiblesses méthodologiques. Fonctionnant avec un échantillon de 40 enfants âgés de 2 à 4 ans et provenant de classe moyenne, madame BLEHAR plaça la moitié de ses sujets dans une garderie privée durant une période d'environ 5 mois. L'autre moitié était gardée à domicile. Utilisant la technique dite de *"situation étrangère"(2)*, BLEHAR conclut que les enfants utilisant les services de garderies témoignaient de plus d'anxiété dans leurs relations envers la mère que ceux du groupe contrôle, le premier groupe se démarquant en plus selon l'âge. Les plus jeunes cherchaient à éviter leur mère ou, à tout le moins, se montraient peu intéressés à assurer un bon contact avec elle. Les plus vieux semblaient plutôt désemparés par l'absence de la mère mais lui manifestaient une plus grande résistance dès lors qu'elle était présente.

---

(1) *BLEHAR, M. Anxious attachment and defensive reactions associated with day care. Child Development, 1974, no 45, pp. 683-692.*

(2) *PROVOST, Marc explicite et juge cette méthode de la façon suivante:*

> *"En effet selon Ainsworth et al. la réponse de l'enfant devant des situations stressantes (séparation, rencontre avec un étranger) donne un indice valable de la qualité de la relation. Cependant, cette situation est maintenant trop utilisée sans discernement et on peut se demander vraiment si elle mesure ce que les chercheurs veulent mesurer. En outre, comme le fait remarquer fort justement Saucier (1978), la validité de cette situation semble décroître après l'âge de deux ans, l'âge des enfants de la plupart des études citées ci-haut". PROVOST, op. cit. p.8.*

On reprochait cependant à cette recherche une trop grande implication de ses responsables et des assistants lesquels, parfaitement au courant des hypothèses à vérifier, étaient susceptibles d'influencer les résultats lors de l'administration des tests.

Des recherches subséquentes semblèrent confirmer ces affirmations. Ainsi, reprenant la recherche de BLEHAR mais avec une méthodologie adéquate, MOSKOWITZ, SCHWARZ et CORSINI(1) jugèrent qu'il n'y avait pas de différence significative entre le groupe en garderie et celui qui n'avait pas fait l'expérience de ce service. Ils estimèrent, entre autre, que leur travail ne permettait pas de conclure à des perturbations dans le rapport mère-enfant. Par ailleurs, ces auteurs ont mis en évidence l'influence de certaines variables plus ou moins négligées jusqu'à maintenant tel le sexe des enfants étudiés.

Cet élément ouvre la voie à d'autres facteurs venant complexifier l'étude du lien mère-enfant dans le contexte de l'utilisation des services de garde: pensons en particulier au rang de l'enfant dans sa famille (aîné ou cadet), au type de préparation qu'il reçoit avant son départ pour la garderie etc.

---

(1) *MOSKOWITZ, Debbie, SCHWARZ, J., CONRAD et CORSINI, David. "Initiating day care at three years of age: Effects on attachment", Child Development, 1977, no 48.*

Certains vont jusqu'à mettre directement en cause la signification de telles études. BELSKY et STEINBERG rapportent les conclusions de l'étude de KAGAN, KEARSLEY et ZELAZO (étude non-publiée) où les auteurs estiment que l'anxiété consécutive à la séparation est avant tout fonction du degré de maturité du sujet et que, dès lors, ce phénomène se révèle inadéquat dans l'étude des effets des services de garde au niveau du développement affectif. On peut à tout le moins méditer cette opinion.

2.3.2 *La relation entre l'enfant et la personne chargée de sa garde.*

Dans cette section, il s'agit essentiellement de savoir si l'enfant placé en garderie développe une relation privilégiée à l'endroit de la personne chargée de sa garde et si, conséquemment, cette relation ne perturbe pas les rapports de l'enfant avec sa mère. Les résultats des recherches sur cette question, fragmentaires certes, nous ramènent au pays béni du bon sens.

En substance, ces travaux avancent les conclusions suivantes:

- *L'enfant développe à l'endroit de la personne chargée de sa garde régulière une relation similaire à celle manifestée envers sa mère. Celle-ci demeure cependant la référence ultime de l'enfant.*

- *L'enfant témoigne donc de plus d'assurance lorsque laissé avec sa gardienne familière que confronté à une personne totalement étrangère.*

-Il manifeste des signes d'inquiétude dès lors qu'il est laissé par sa gardienne à un étranger.

-Il accepte avec une sérénité apparente la substitution de la gardienne familière à la mère.

-Dans tous les cas, cependant, l'enfant marque une préférence marquée pour sa mère, personne vers où convergent prioritairement les demandes de toute nature. L'attachement de l'enfant à la personne chargée habituellement de sa garde est donc complémentaire mais non concurrent à celui qu'il manifeste envers sa mère.

Nos conclusions relatives à l'impact des services de garde sur le développement émotif des jeunes enfants ne peuvent que s'ajuster aux méandres des résultats de recherche dans ce secteur. Dans l'ensemble, celle-ci ne reconnaît pas d'effets négatifs mais doute quelque peu de ses positions. Le développement émotif est un processus infiniment complexe aux variables et aux manifestations multiples que l'analyse scientifique n'a pas encore maîtrisé, loin de là.

Dans le contexte qui nous préoccupe (jeunes enfants en garderie), cette analyse ne peut que reconnaître l'absence de perturbations immédiates et apparentes mais, faute d'études longitudinales, demeure silencieuse sur de possibles effets à long terme. A ceci s'ajoute un fait apparamment banal, rarement mentionné mais, à notre avis, capital: le développement émotif est particulièrement sensible aux spécificités du milieu dans lequel il s'inscrit.

Or, les garderies comparables au niveau structurel, font partie de contextes socio-culturels particuliers et n'influencent donc pas de façon identique leur jeune clientèle. Marc PROVOST insiste de façon pertinente sur ce fait:

> *"Ainsi donc, chaque garderie pourrait avoir son effet caractéristique sur les enfants et les garçons ne réagiraient pas nécessairement de la même façon que les filles. Les contradictions que l'on retrouve dans les résultats des études citées tout au long de cet exposé, tant au niveau cognitif qu'affectif, pourraient alors s'expliquer non seulement par des différences et des faiblesses dans les méthodologies utilisées, mais aussi par le fait que les chercheurs avaient en main des échantillons qui, malgré les apparences, avaient été soumis à des effets différents dans des milieux (les garderies) qui pourtant semblaient similaires". (1)*

2.4 *Le développement social*

L'opinion courante reconnaît de façon quasi-automatique un rôle positif des garderies dans le développement social des enfants. La recherche, relativement moins abondante sur cette question, tend cependant à confirmer ces dires. Le développement social de l'enfant est généralement analysé sous deux angles, la relation avec les pairs d'une part, la relation avec les adultes d'autre part.

2.4.1 *La relation avec les pairs*

Pour mesurer le niveau d'attention de l'enfant envers ses pairs, on a souvent effectué l'expérience suivante: on place

---

(1) PROVOST, Marc op. cit. p. 9.

l'enfant en situation de jeu avec sa mère et un ou plusieurs autres enfants de son âge.

L'enfant qui a expérimenté les services de garderies manifeste plus rapidement de l'intérêt (d'abord visuel) envers ses pairs que ceux qui n'ont pas vécu cette pratique. Forcément, l'enfant ayant vécu en garderie démontrera plus d'initiative et d'ardeur dans la participation et l'organisation des jeux. Il manifestera aussi plus d'agressivité et d'intransigeance dans la conduite de ceux-ci. En un mot, cet enfant réagit plus avec ou contre ses pairs. Il semble bien cependant que ces différences entre les deux groupes (enfants en garderie, enfants à domicile) soient constantes, peu importe l'âge considéré. On a remarqué qu'elles tendaient à disparaître après 2 ans pour réapparaître à l'âge préscolaire. L'absence de controverse à ce niveau provient sans doute d'une évidence à savoir que l'enfant en contact régulier avec d'autres enfants forcément réagit, s'adapte, expérimente, aiguise et maîtrise plus certains rôles et comportements, bref apprend. La garderie demeure le lieu privilégié de ces interactions et permet, détail qui a son importance, à des enfants en bas âge d'être en contact avec d'autres enfants du même âge, ce que ne permet pas toujours le milieu familial et ses environs immédiats.

2.4.2 *La relation avec les adultes*

L'analyse de cette question pose un intéressant problème dit *"problème de valeure"*. La relation avec les adultes implique,

de la part des jeunes enfants, des manifestations relativement précoces de comportements adultes. Il importe donc d'identifier ces comportements d'une part et d'en juger du bienfondé d'autre part.

On en vient alors à des notions fluides telles la confiance et l'affirmation de soi, l'initiative, la discipline, l'agressivité... Ces notions renvoient à des contextes beaucoup plus vastes que la vie en garderie; elles réfèrent en fait à l'organisation et à la pratique sociales dans leur ensemble; elles traduisent ce phénomène psycho-culturel majeur que constituent les relations adultes-enfants. Les garderies n'échappent pas à ce schéma ainsi que le notent sévèrement BELSKY et STEINBERG:

> *"It is important to note that studies in this area must be interpreted in light of the specific social values encouraged by particular program sponsors. In keeping with this notion, we shall find, for the most part, that the social development of children in day-care programs most often reflects the characteristically stressed american values of aggressiveness, impulsivity and egocentrism". (1)*

Les services de garde ont une influence certaine sur les relations enfants-adultes. Les recherches indiquent qu'en général, les enfants qui ont fait l'expérience de la garderie manifestent plus de confiance et d'autonomie vis-à-vis les adultes, sont moins conformistes et moins sensibles aux menaces de punition, plus frondeurs et plus portés à argumenter.

---

(1) BELSKY et STEINBERG: op. cit. p. 941.

On a noté également, chez ces enfants, des tendances à une plus grande agressivité, à plus d'émotivité, voire à un égocentrisme plus marqué. On pourrait continuer à aligner ainsi les faits observés sans rien ajouter au débat autre chose que des observations particulières issues de contextes spécifiques et dont on ne peut guère tirer d'enseignements, encore moins de règles. Car, nous l'avons dit, les relations enfants-adultes de même que l'adoption graduelle de comportements adultes par l'enfant sont fonction d'un contexte culturel, lui-même éminemment variable et relèvent d'abord et avant tout de pratiques et de directives familiales plus ou moins définies. Les garderies en quelque sorte héritent de cette situation et doivent plus ou moins s'y conformer. Elles accélèrent, accentuent, nuancent ou estompent certains traits de caractère chez les enfants qui en font usage mais ne jouent certes pas un rôle radical, positif ou négatif, à cet égard. D'aucuns se demandent, par ailleurs, si l'acquisition *"prématurée"* de certains comportements adultes n'aura pas des conséquences regrettables plus tard... Comment savoir? En raison de quelle justification minimale, peut-on supposer, par exemple, qu'un enfant de deux ans qui, suite à une expérience de garderie, manifesterait un degré d'autonomie plus accentué, serait susceptible, quelques années plus tard, de souffrir d'inadaptation au niveau scolaire? Toute réponse à ce genre de question n'engage que son auteur et n'a d'autre valeur que celle de l'intuition incontrôlée.

Que conclure à ce chapitre? Les faits dûment établis sont peu nombreux encore qu'importants, les discussions, nuances et

ressources et expériences alternatives (garde de groupe à domicile, pouponnière, halte-garderie, etc), tandis que surnage, tel un vaste trou noir, le point de référence de toutes ces recherches, soient les enfants gardés par leurs parents. Les recherches d'impact s'appuient sur cette constante indéfinie, critère implicite d'excellence, pour identifier, s'il y a lieu, d'éventuels effets négatifs. En fait, ces recherches établissent des indices de performance entre groupes d'enfants répartis en fonction d'expériences antérieures mentionnées mais non caractérisées: ceux qui ont expérimenté le service et ceux qui ne l'ont pas reçu. Comment, dès lors, interpréter et utiliser ces indices? Il faudra sans doute revenir aux réelles alternatives (les conditions minimales d'une bonne garderie, les activités quotidiennes des enfants gardés à la maison, la formation du personnel, etc) et quitter la position diffuse qui sous-entend une bonne partie des recherches sur l'impact des garderies, soit celle de les considérer *"au mieux, comme une alternative inférieure aux mères qui demeurent à la maison"*. *(1)*

---

(1) Traduit de COHEN et ZIEGLER, op. cit. p. 24

3. CONCLUSIONS

Si les études d'impact autorisent une appréciation somme toute positive du rôle des garderies auprès des jeunes enfants, une question demeure cependant, agaçante et cruciale: quelles sont les conditions objectives permettant à une garderie d'exécuter cette tâche. En d'autres termes comment définir et apprécier la qualité d'un service de garde?

Pour mieux analyser le problème, on retient généralement les facteurs suivants: le programme des garderies, les caractéristiques du personnel, le rapport moniteur-enfant, l'utilisation des ressources professionnelles du milieu, ainsi que l'implication des parents *(1)*. On notera que le caractère très particulier de certains de ces éléments (songeons plus spécifiquement à l'utilisation des ressources professionnelles du milieu et à l'implication des parents) en élimine toute possibilité d'extension pour ne pas dire toute valeur indicative. Ce qui s'avère, pour certains milieux,possible, utile et souhaitable peut se révéler dans un autre contexte, tout simplement inadéquat. Par ailleurs, un programme d'activités conçu pour des enfants de 0 à 2 ans est d'abord et avant tout axé vers les soins, la sécurisation et les efforts de stimulation adéquats. C'est pourquoi, dès lors qu'on s'interroge sur la qualité des services de garde, on prête plus particulièrement attention aux qualifications du personnel ainsi qu'au ratio jardinier (ère)/enfants. A ce stade-ci, on peut s'accrocher au sens commun et affirmer sans grand risque que plus le personnel

---

(1) Facteurs choisis par, entre autres, Nicole OUIMET dans "La situation des garderies au Québec", Québec, 1976.

est qualifié et plus il est nombreux, meilleurs seront les services. Le problème ne consiste pas tant à prôner des améliorations que personne ne conteste mais à fixer des minima en deça desquels la qualité des services risque d'être compromise.

Considérons la question du ratio. A ce sujet, la seule indication dite opérationnelle a trait aux exigences de sécurité. Ainsi, une personne responsable de jeunes enfants totalement dépendants (par exemple, des enfants de 0 à 1 an) ne peut assurer la sécurité de plus de cinq d'entre eux. Si on ajoute à ces exigences les tâches d'entretien et de soins divers, on comprendra la recommandation de J. KAGAN *(1)* selon laquelle, dans une garderie de qualité, le ratio devrait être de 1/3 pour les enfants d'un an et moins et de 1/6 au maximum pour ceux de deux et trois ans. La deuxième partie de cette recommandation nous renvoit cependant au problème mentionné précédemment: en effet, pourquoi un ratio de 1/6 pour les enfants de 2-3 ans de préférence à ceux de 1/7 ou de 1/5? On ne peut guère répondre de façon convaincante à cette question.

Le domaine de la formation du personnel pose un autre type de problème. On peut toujours s'inspirer de l'expérience du Danemark *(2)* où existent sept programmes de formation différents selon que les gens travaillent dans une crèche, une maternelle, une garderie pour handicapés physiques etc. Cet idéal quelque peu lointain

---

(1) KAGAN, J.: Issues and Evidence in Day Care, 1976.

(2) WAGNER, M. WAGNER, M. The Danish National Child-Care System. West View-Press, E.U. 1976.

n'est pas encore à notre portée et, de toute façon, ne peut pas être transféré tel quel. La spécialisation du personnel des garderies entraîne forcément la spécialisation du service en fonction des clientèles alors qu'au Québec on a toujours eu tendance à privilégier leur intégration. Ainsi, les initiatives récemment amorcées chez-nous à l'endroit du personnel (L'Office des services de garde chargé, entre autre, de fixer les normes de qualification du personnel des garderies, formation de ce personnel au niveau des C.E.G.E.P.) permettent de croire qu'on s'est engagé dans une optique de professionnalisation sans trop insister sur la spécialisation. Il conviendra, dans ce contexte, de conserver le caractère spécifique des services de garde de manière à éviter leur transformation graduelle en antichambres du système scolaire.

Ainsi qu'on le voit, l'étude de l'impact des services de garde sur le développement des jeunes enfants est d'une utilité relative dès lors qu'on se penche sur le vécu de ce service. Force nous est d'admettre en effet que les difficultés ou interrogations rencontrées dans la vie quotidienne des garderies ne trouvent que peu de solutions ou réponses dans l'expertise scientifique. Dans le domaine des services de garde, comme dans d'autres, la pratique est souvent la principale source d'un savoir nouveau. Ceci ne met nullement en cause un secteur de recherche particulièrement stimulant et qui est loin d'avoir épuisé une problématique particulièrement vaste.

En effet, l'étude de l'impact des services de garde sur le développement des jeunes enfants se révèle un domaine de recherche

en pleine effervescence, complexe et, dans un certain sens, exemplaire. Il traîne avec lui les espoirs, les difficultés et les ambiguïtés de la recherche en sciences humaines. Sitôt présentés, les résultats semblent sujets à caution, voire dépassés car l'objet même de l'étude n'est pas fixe, se modifie sous les pressions multiples, souvent contradictoires, des sociétés contemporaines.

Qu'est-ce qui préside de nos jours au développement d'une personnalité? On s'est arrêté à l'impact des services de garde, mais on pourrait réfléchir sur l'influence des médias, de l'entrée accélérée dans le système scolaire, de l'évolution de l'institution familiale. On comprend facilement que les résultats d'études sur l'impact des services de garde tombent très rapidement en désuétude. Dans notre revue de la littérature sur le sujet, il n'y a à peu près pas de référence à des travaux antérieurs à 1970.

L'ensemble de ces travaux permet de dédouaner de façon relative, les services de garde. Des questions de toute première importance demeurent sans réponses: quels sont les éléments essentiels à des services de garde de qualité, quels sont les effets à long terme des services de garde, à quels besoins devront répondre les services de garde dans un futur immédiat, etc. Par ailleurs, les données essentielles sur les activités quotidiennes des enfants, peu importe le cadre de vie, font défaut. Arrêtons ici l'énumération:

chaque étude que nous avons examinée se termine en nouveaux objets de recherche, indique des orientations d'ensemble, suggère des points de vue inédits.

Pour les fins d'un ministère comme celui des Affaires sociales, s'imposent la nécessité d'études opérationnelles sur le fonctionnement optimum des garderies et celle d'études longitudinales encore qu'on doive être conscient des difficultés de l'entreprise. Les études portant sur les développements cognitif et émotif ont permis l'émergence d'un certain consensus mais n'ont pas épuisé le sujet, loin de là. Certains sujets ne sont pas ou peu traités: mentionnons, à titre d'exemple, l'impact des services de garde sur la perception de l'identité sexuelle des enfants, les distorsions ou les convergences, au niveau des valeurs, entre la vie en garderie et la vie à la maison, le rôle exact des garderies dans le processus de normalisation. En fait, il s'agit peut-être de déterminer ce que doivent être et doivent faire les services de garde, tout en étant conscient cependant que les objectifs assignés ne sauraient être que temporaires.

4. ANNEXES

ANNEXE A

PROFIL GENERAL DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT:

1 A 24 MOIS

PROFIL GENERAL DU DEVELOPPEMENT: 1 A 24 MOIS

1. ORGANISATION PERCEPTIVE ET CONTROLE DU GESTE

1.1 Vision

-1 mois à 3 mois:
- . S'intéresse à regarder des lumières et des objets en mouvement.
- . Suit un objet en mouvement horizontal.
- . Explore visuellement l'environnement.

-4 mois à 6 mois:
- . Cherche des yeux la source sonore. Se regarde les mains.
- . Suit les déplacements des personnes et des objets jusqu'à leur disparition.
- . Combine bien des mouvements oeil-main-bouche.

-7 mois:
- . Saisit et prend une corde et un objet proche.

-8 mois:
- . Regarde des objets qu'il fait tomber.

-9 mois:
- . Cherche l'objet là où il l'a vu la dernière fois.

-10 mois:
- . Jumelle deux objets et les examine.

-11 mois:
- . Cherche l'objet disparu. Soulève un écran qui le cache.

-12 mois:
- . Fait tomber une tour de cubes. Fait rouler un ballon.

-13 mois:
- . Aime regarder les images d'un livre. Premières perceptions de formes géométriques. Regard sélectif.

1.1 *Vision (suite)*

-15 *mois:*
. Emboîte des objets, les sépare, les lance, jette une balle, va la chercher, etc.

-18 *mois:*
. Construit une tour de 3 ou 4 cubes, les renverse.

-19 *à 21 mois:*
. Construit une tour de 4 blocs. Aime gribouiller avec force. Peut encastrer deux pièces géométriques différentes sur un jeu d'encastrements.

-22 *à 24 mois:*
. Meut ses yeux plus librement, est sensible aux champs périphériques, s'arrête pour examiner. Aime les images bien colorées. Peut lancer en direction perpendiculaire et horizontale.

1.2 *Audition*

-1 *à 3 mois:*
. Ecoute des sons.
. Ecoute attentivement des sons aigus.
. Cherche la source sonore.

-4 *à 6 mois:*
. Arrête de pleurer quand il entend la musique.
. Ecoute des conversations. Réagit à la musique par des vocalises en différents tons.
. Tourne la tête lorsqu'il entend une voix ou un son.

-7 *mois:*
. Répond quand on l'appelle. S'apaise au son de la musique.

-8 *mois:*
. Frappe des mains en suivant la musique.

1.2 Audition (suite)

-9 mois: . Suit la musique par des balancements rythmiques.

-10 mois: . Imite des tons en notes soufflées.

-11 mois: . Eprouve plaisir à entendre les sons qu'il produit lui-même.

-13 mois: . Essaie vraiment de chanter.

-15 mois: . Reconnaît des bruits familiers. Peut pleurer si les bruits sont trop soudains. Observe, écoute et se dandine au son de la musique.

-18 mois: . Chante des syllabes. Répond rythmiquement à la musique.

-19 à 21 mois: . Répond rythmiquement à la musique, par une activité générale du corps.

-22 à 24 mois: . Est très sensible aux sons des sifflets, clochettes, pendules. Aime les instruments de percussion.

1.3 Succion

1 à 3 mois: . Suce à vide, par réflexe; début de succion anticipée au moment de la tétée.

. porte la main à la bouche; premiers contacts avec la cuillère.

. Suce à la vue du biberon.

1.3 *Succion (suite)*

-4 à 6 mois:
. Explore des objets par la bouche; première recherche sur la forme, la texture, le goût, etc.; premiers contacts avec la tasse, boit à la tasse.

-7 mois:
. Explore des objets par la bouche.

-8 mois:
. Porte seul la suce à la bouche.

-9 mois:
. Mord et mâche les jouets.

-11 mois:
. Peut requérir encore une suce pour se détendre.

1.4 *Préhension et manipulation*

-1 à 3 mois:
. Serre les poings; serre fortement le doigt qu'on introduit dans sa main.

. Découvre ses mains, mouvements circulaires des bras.

. Tient un objet dans sa main pendant une brève période de temps.

-4 à 6 mois:
. Saisit l'objet avec la paume et les doigts de la main, et referme la main.

. Explore avec la main.

. Saisit un objet accroché au-dessus.

-7 mois:
. Manipule la cuillère et la tasse en jouant.

-8 mois:
. Secoue, frappe, frotte des objets contre une surface.

1.4 *Préhension et manipulation (suite)*

-9 *mois:*

. Prend un objet avec l'index et le pouce, passe l'objet d'une main à l'autre, jette des objets.

-10 *mois:*

. Peut mettre un petit objet dans une tasse, cherche des nouveaux moyens d'explorer les doigts et son environnement.

-11 *mois:*

. Peut tenir un crayon et gribouiller un petit peu, déchire, tire, froisse, glisse, gratte, pousse.

-13 *mois:*

. Peut tenir la tasse à boire. Aime tenir des petits objets. Peut placer 1 pièce sur un jeu d'encastrement pour 1 pièce. Tourne 1 ou 2 pages d'un livre.

-15 *mois:*

. Aime jeter des choses, retourner et vider des paniers. Veut tenir et porter un objet dans chaque main. Montre du doigt ce qu'il désire.

-18 *mois:*

. Peut ôter ses souliers, son chapeau, ses mitaines, descendre une fermeture-éclair. Tourne les pages des livres.

-19 *à 21 mois:*

. Utilise bien la cuillère. Peut verser de l'eau d'un contenant à un autre.

. Passage de l'action (aspect sensori-moteur) à l'intention (aspect mental) pour arriver au jeu symbolique et à la résolutions des problèmes par la réflexion.

1.4 *Préhension et manipulation (suite)*

-22 à 24 mois:

. Utilise alternativement les deux mains. Remplit, creuse, vide, emboîte, construit, démonte, réajuste. Aime les jouets et les objets qui bougent et tournent, les jouets mécaniques.

1.5 *Phonation (langage)*

-1 à 3 mois:

. Pleure, se calme lorsqu'il entend une voix; petits sons gutturaux assez doux.

. Vocalise et gazouille des sons ayant une voyelle, "ah, eh, uh".

. Pousse des cris de joie forts; petits rires courts.

-4 à 6 mois:

. Combine des voyelles, gargouille.

. Grogne, vocalise spontanément en regardant des objets ou des personnes.

. Fait au moins 4 sons.

-7 mois:

. Progresse dans le gargouillement: "mam-mam-mam", quand il pleure, "ah-ah-oh, oh-eh-eh".

-8 mois:

. Emet des consonnes individuelles "da, ba, ca".

-9 mois:

. Vocalise au moins 4 syllabes. Combinaison de 2 sons, sans signification précise: "mam-mam".

-10 mois:

. "maman-papa" avec signification. Comprend "non". S'intéresse à écouter et imiter des sons.

1.5 *Phonation [langage] [suite]*

-11 mois: . 2 mots en plus de "maman-papa". Comprend le "donne-moi". Donne un nom à un acte ou objet. Ce mot est généralisé.

-13 mois: . Aime les phrases rythmées. 3-4 mots à part "maman-papa". Début de jargon ayant des sons et des tonalités différents. Comprend le nom de certains objets.

-15 mois: . 4-6 mots à part des noms. Les mots deviennent plus significatifs. Les vocalises sont de plus en plus riches ressemblant à une phrase.

-18 mois: . 10 mots incluant les noms. Peut nommer et signaler des images d'un livre. Exprime des actions terminées. Répond à quelques ordres verbaux simples.

-19 à 21 mois: . 9-12 mots. Peut identifier quelques images dans un livre.

-22 à 24 mois: . 20 mots. Compose des phrases courtes; répète les mots, nomme les objets, se nomme par son prénom. Nomme quelques parties du corps.

PROFIL GENERAL DU DEVELOPPEMENT: 1 A 24 MOIS

2. CONTROLE DU CORPS.

2.1 Locomotion

-1 à 3 mois:

. Soulève la tête en vacillant lorsqu'il est couché sur le ventre.

. Secoue ses jambes. Soutient la tête lorsqu'il est mis en position verticale.

. Lève la tête lorsqu'il est en position dorsale.

-4 à 6 mois:

. Etend les jambes quand couché sur le dos. Garde le dos droit lorsqu'assis par l'adulte.

. Roule du dos sur un côté. S'assoie avec appui.

. S'assoie seul ou presque. S'assoie sur une chaise haute.

-7 mois:

. Roule de l'estomac sur le dos. Premières réactions de pas, mouvements de danse.

-8 mois:

. Se tient debout avec appui. Essaie de ramper.

-9 mois:

. Rampe. Coordonne les jambes et plie les genoux. Réaction de marche.

-10 mois:

. Se met debout avec support. Peut se redresser et s'abaisser.

-11 mois:

. Se tient debout en s'appuyant sur les meubles. Essaie de monter sur ceux-ci. Peut marcher, tenu par la main. Aime l'activité motrice brutale.

2.1 *Locomotion (suite)*

-13 mois: . Monte des marches. Se tient seul debout, marche. S'agenouille sur une chaise. Aime pousser des jouets.

-15 mois: . Peut trottiner. Marche seul. Bouge constamment. Aime fermer les portes.

-18 mois: . Marche à reculons. Court de façon saccadée et un peu raide. Tire, traîne, pousse, vide, arrache, frappe, pousse du pied un ballon. Aime transporter des objets.

-19 à 21 mois: . Monte les escaliers. Pousse la balle en marchant. Saute, court. Debout peut lancer une balle dans deux directions, mais ne peut pas la recevoir.

-22 à 24 mois: . Monte et descend l'escalier, une marche à la fois sans alterner les pieds. Court, gambade, traîne, pousse, tire avec une meilleure coordination.

2.2 *Besoins biologiques*

-1 à 3 mois: . S'alimente approximativement tous les 4 heures, dort environ 4-5 siestes en 24 heures.

. 3 à 5 repas par jour avec fluctuation.

. Dort 3 siestes.

-4 à 6 mois: . Alimentation à la cuillère. 3 à 5 repas, 3 siestes, évécuation fréquente.

. 3 repas, exprime lui-même sa faim.

-7 mois: . 3 repas plus collation. 3 siestes.

2.2 Besoins biologiques (suite)

-8 mois:
. 2 siestes.

-9 mois:
. Mange bien des solides. Manifeste des préférences dans la nourriture.

-10 mois:
. Tient seul le biberon. Peut être sec après une sieste. Peut s'asseoir un instant à la toilette.

-11 mois:
. Mange seul avec les doigts. Aime tenir une tasse. Réussites sporadiques au pot.

-13 mois:
. 1 sieste. Dort mieux dans une pièce obscure. 3 repas, plus collation.

-15 mois:
. Veut manger seul avec ses doigts. Aime essayer la cuillère. Commence à prendre conscience d'avoir sali sa culotte.

-18 mois:
. Tient la cuillère horizontalement, lève le coude en portant la cuillère à la bouche. Place la nourriture dans la cuillère avec ses doigts. Commence à indiquer qu'il veut aller à la salle de bain.

-19 à 21 mois:
. Contrôle des sphincters. Contrôle de la vessie pendant la journée.

. 1 sieste.

. Fluctuations dans l'appétit.

-22 à 24 mois:
. Préférences marquées pour certains aliments. N'aime pas les mélanges. Peut manger et boire seul. Aime se réveiller tranquillement de la sieste. Différencie mieux les fonctions de l'intestin et de la vessie. Peut vouloir être seul.

PROFIL GENERAL DU DEVELOPPEMENT: 1 A 24 MOIS

3. DECOUVERTE DE SOI

3.1 Sociabilité et affectivité

-1 à 3 mois:
- Regarde attentivement le visage qui s'approche de lui.
- Sourit, sans discrimination, reconnaît visuellement la mère.
- Suit de la vue la personne en mouvement.

-4 à 6 mois:
- Répond par des vocalises à la voix de l'adulte. Différencie la mère des autres personnes.
- Amorce des jeux de type social par des vocalises et des sourires.
- Manifeste de l'attachement envers sa mère.

-7 mois:
- Premiers comportements imitatifs.

-8 mois:
- Sourit avec discrimination, premières réactions d'anxiété et de peur.

-9 mois:
- Réaction de confiance envers les personnes familières et retrait possible face à un étranger.

-10 mois:
- Cherche à faire plaisir à l'adulte. Salut "au revoir".

-11 mois:
- Manifestations agressives. Offre un jouet au miroir. Recherche un public. Aime jouer à donner et à recevoir.

-13 mois:
- Coopère lorsqu'on l'habille. Capable de démontrer les premiers signes de jalousie, ainsi que de manifester sympathie et anxiété.

-15 mois:
- Veut être propre. Peut même le demander. Montre ses choses.

3.1 *Sociabilité et affectivité (suite)*

-18 mois:	. Joue seul en tournant le dos aux autres. Tire, pince, pousse, frappe les autres. Accorde plus d'importance aux approbations et aux désapprobations. Veut participer aux activités.
-19 à 21 mois:	. Commence à acquérir un certain sens de la propriété.
-22 à 24 mois:	. Préfère encore le jeu parallèle au jeu de groupe. Observe, mais ne participe pas au jeu de groupe. Accepte difficilement qu'on prenne son jouet. Essaie de raconter ses expériences.

ANNEXE B

THE EFFECTS OF EXPERIMENTAL CONTEXT AND EXPERIMENTIAL BACKGROUND ON INFANT'S BEHAVIOR TOWARD THEIR MOTHERS AND A STRANGER.

(JOYCE BROOKHART ET ELLEN HOCK)

CHILD DEVELOPMENT, JUNE 76, VOL. 47, NO 2 PP. 334, 335, 336.

Method

Subjects.—Names of 10- to 12-month-old infants were drawn from two sources: hospital birth records and day-care-center enrollment lists. A socioeconomically homogeneous sample across groups was desired; in all cases the subjects selected had private pediatricians, all lived in typically middle-class neighborhoods, either one or both parents worked for the family's income, and no families were recipients of welfare monies. The final sample consisted of 33 subjects from Columbus, Ohio, all were from families characterized as middle class using the Index of Status Characteristics (Warner, Meeker, & Eels 1949).

Eighteen of the infants, the home-reared group, were principally cared for in the home by their mothers. No mother from this group was absent from her infant more than 4 half days per week; when the mother was absent the infant was individually cared for in a home setting. The 15 day-care infants were drawn from three centers in Columbus, Ohio. Each of these infants had attended a day-care center at least 20 hours per week for 2 consecutive months immediately preceding their participation in the study. The mean number of hours per week estimated by the home-reared mothers to be spent apart from their infants was 7.3; the mean of the hours apart estimated by the day-care mothers was 33.6. The home-reared group was composed of nine girls and nine boys; the day-care group was composed of six girls and nine boys. The mean age of each group was 11.3 months.

Procedure.—The mothers of the infants were contacted by telephone to explain the study procedure, obtain verbal consent, and schedule the testing sessions. The two testing sessions were scheduled in consecutive weeks. Each alternative subject pair was assigned a different testing order, such that one-half of each study group was initially observed in the laboratory situation, while in the other half the home visit was scheduled first. (Also, persons participating as the stranger were alternated so that each infant was not exposed to the same stranger in both of his testing sessions.) For both sessions, the mothers were asked to schedule a time when the infant would be fed, well rested, and alert. In addition, for the home visit the mothers were asked to make arrangements so that the infant would not be near the door when the researchers arrived; this was necessary to prevent the infant from greeting the researchers and from observing the setting up of equipment.

Brief instructions to the mother preceded each testing session. In the laboratory setting, the mother and infant then were shown to the testing room and the structured observation sequence was begun. In the home situation, the mother was directed to carry the infant into the designated room and place him on the floor in a prearranged position; she then was asked to take her seat and the observational sequence was begun.

The laboratory testing room measured 12 feet by 10 feet; it was carpeted but unfurnished except for the two chairs for the mother and the stranger and the standardized toys (doll, wagon with blocks, toy telephone, and tambourine and stick) for the infant. A one-way mirror permitted observation for narrative recording of observed behavior; a microphone system permitted auditory transmission to the observation room. The chairs in the testing room were placed 7½ feet apart, parallel to the observation mirror and facing one another; the infant's toys were placed midway between them.

Each unique home situation and room setting to a great extent dictated the positioning utilized for the home assessment. In general, the observer occupied an inconspicuous position as far away from the infant and the predetermined exit of the room as could be arranged. The mother and the stranger were seated facing one another, the mother in the position nearest to the exit; the standardized toys for the infant (the same as in the laboratory) were placed midway between them, at least 2 feet from both the mother and the stranger.

Measures.—The Strange Situation Behavior Instrument, developed by Ainsworth, was employed in the laboratory assessment (Ainsworth & Bell 1970; Ainsworth & Wittig 1969). This instrument is a controlled observational technique consisting of eight episodes, representative of "everyday" situations, administered in a standard order. The infant is exposed to a series of stressful events in a laboratory situation as he is introduced to a strange environment, a female stranger, the departure of his mother and the stranger, and subsequent returns of mother and stranger (see Ainsworth & Wittig 1969 for a detailed description of this instrument).

A modification of the Strange Situation Behavior Instrument, as depicted in table 1, was developed by the authors to assess behavior in the home situation. The modified instrument, consisting essentially of the last six episodes of Ainsworth's instrument, was made as comparable as possible to the original instrument in order to reduce the effects of measurement error upon the analysis and/or interpretation of results. The modifications became necessary chiefly because of physical characteristics of the home environments. Ainsworth's episodes 1 and 2 (allowing the infant to become acclimated to the environment) were eliminated. Instead, the sequence is begun by in-

troducing the infant into the room in which the stranger is seated. The separation episodes necessitated special procedures because some homes had only open doorways. In those episodes in which an adult is in the room with the infant, the adult is instructed to playfully intervene, if necessary, to prevent the infant from following the exiting adult out of the room. In the infant-alone episode, if the infant follows the stranger, observer, and mother out of the room, the stranger leads the baby back to the toys and the next episode is begun. These directions are quite similar to those followed in the laboratory; in both the home and laboratory the stranger intervenes if the infant becomes distressed; thus, the major alteration in the home resulted when the infant was able and inclined to follow his mother from the room.

Data analysis.—In both home and laboratory assessments, a detailed narrative account of the infant's behavior during the observation period was recorded by trained observers. These recordings then were transcribed and coded according to Ainsworth's standardized coding procedures (Ainsworth, Bell, & Stayton 1971) to yield a quantifiable statement about the infant's interaction with his mother and with a stranger in terms of the following behavioral categories reflecting attachment behavior: contact-maintaining, proximity-seeking, contact-resisting, proximity-avoiding, and search behavior (see Ainsworth & Bell 1970 for a brief behavioral description of each of these categories).

Coding guidelines developed by Ainsworth permitted the infant behavior to be categorized and assigned a score. Four of the behavior categories (contact maintaining, proximity seeking, contact resisting, and proximity avoiding) were scored separately with respect to the infant's behavior directed toward the mother and that directed toward the stranger. Search behavior was scored for mother only. The scores on a seven-point scale reflected the intensity of behavior and were influenced by the frequency, duration, and latency of specified behaviors. (A minor revision of Ainsworth's procedures was made to accommodate unique needs of this study. As has been noted, the "infant-alone" episode in the home was structured differently from that in the laboratory. Search behavior for this episode in the home setting could be scored appropriately by emphasizing extent of persistence in baby's following behavior and the latency of such behavior.) Each narrative report from both the laboratory- and home-testing sessions was scored by two independent raters. The reliability of these codings was determined across the variables of contact-maintaining, proximity-seeking, contact-resisting, proximity-avoiding (for both mother and stranger), and search behavior (for the mother only). Interrater reliability for these two independent raters using both the home and the laboratory transcripts of 13 randomly selected cases ranged from .84 to .88 for these behaviors.

The mean of the scores of the two raters was used in the calculation of scores reflecting attachment behaviors demonstrated to the mother and a stranger. Each infant had a total of six scores for each behavioral category, comprised of three episode scores for each of the two situations. For purposes of this study, data from the laboratory episodes 1 and 2 were not included in the analyses.

Results

The analytic model for the study was a 2 × 2 × 2 × 3 analysis-of-variance fixed-effects design with repeated measures on the last factor. The four fixed factors were groups (home-reared infants and day-care infants), context (home and laboratory), sex of infant, and episodes of the measurement instruments. Analyses of variance (*CANOVA: Component Analysis of Variance* 1971) were performed individually on the five behaviors demonstrated toward the mother and the four behaviors demonstrated toward the stranger across these four treatment effects; thus, nine analyses were performed.

Before describing the findings regarding the effects of the location of the observation, rearing-group membership, and sex of infant, special consideration must be given to the effects of the episode progression. The episodes in the strange situation are structured so that the particularly threatening events relating to separation from mother occur after the infant has had some time to acclimate to the stranger and setting. Therefore, it is anticipated that the scorable social behavior exhibited by most infants will increase in intensity as the episodes progress. In the present study, significant episode main effects were found with respect to seven of the nine possible score categories (contact resisting of the mother and proximity seeking of the stranger showed no significant episode effect). The intensity of the measured behaviors was heightened after the mother initially left the room. These findings are comparable to those of Ainsworth and Bell (1970) and Ainsworth and Wittig (1969).

The following summary of results is organized so that statistically significant effects of location, rearing group, and sex on behavioral categories are presented; results regarding behavior directed toward the mother with respect to the major behavioral categories are presented first, followed by the results describing the infants' behavior directed to the stranger.

Behaviors toward the Mother

Contact maintenance.—While these behaviors increased across the three episodes in both home and laboratory locations, the increase from initial level was greater in the laboratory (from $M = 1.63$ to $M = 3.39$ to $M = 4.39$) than in the home (where, for the same three episodes, $M = 2.44$, 2.81, and 3.63), resulting in a location × episodes interaction, $F(2,64) = 4.81$, $p < .05$.

Proximity avoidance.—A significant location main effect was found, $F(1,32) = 4.35$, $p < .05$, indicating a greater intensity of these behaviors in the home location than in the laboratory; the mean intensity in the home was 1.66 and in the laboratory 1.40.

Behaviors toward the Stranger

Contact maintenance.—Both a location effect and a location × episode interaction effect were found among these scores. The intensity of these behaviors toward the stranger was greater in the laboratory ($M = 1.51$) than in the home ($M = 1.06$); the location effect was significant, $F(1,32) = 9.57$, $p < .01$. The location × episode effect, $F(2,64) = 7.10$, $p < .91$, is illustrated by the contact-maintaining behaviors in the home (initially almost equal to those in the laboratory) remaining at a low level across episodes (means in the three home episodes were 1.00, 1.04, and 1.13), while the intensity of these behaviors exhibited in the laboratory doubled over the three episodes (with means of 1.04, 1.40, and 2.12).

A significant group × sex interaction, $F(1,29) = 4.50$, $p < .05$, was produced by the tendency of the home-reared males to exhibit more intense contact-maintaining behaviors ($M = 1.42$) than the home-reared females ($M = 1.11$); the opposite was true for the day-care infants, with the females exhibiting greater intensity ($M = 1.44$) than the males ($M = 1.00$).

Proximity seeking.—The infants exhibited more proximity-seeking behaviors toward the stranger in the laboratory ($M = 1.54$) than in the home location ($M = 1.19$); the location main effect was significant, $F(1,32) = 10.38$, $p < .01$. Also, a group × sex interaction, $F(1,29) = 5.66$, $p < .05$, was found, similar to that found with respect to contact-maintaining behaviors toward the stranger. The home-reared males exhibited a greater intensity of proximity seeking toward stranger ($M = 1.55$) than did the home-reared female infants ($M = 1.24$), the day-care females, however, exceeded the day-care males (with mean scores, respectively, of 1.46 and 1.22).

Proximity avoidance.—A significant location main effect, $F(1,32) = 4.27$, $p < .05$, was found, indicative of the fact that these behaviors toward the stranger were of a higher intensity in the home location ($M = 2.21$) than in the laboratory ($M = 1.71$).

ANNEXE C

DAY CARE AND ATTACHMENT

(FERN C. PORTNOY ET CAROLYN H. SIMMONS)

CHILD DEVELOPMENT, MARS 78, VOL. 49, NO 1, PP. 240-241.

In the present study, the strange situation was used to test the following hypotheses: (*a*) different patterns of attachment will be found for children with different rearing histories, (*b*) male children will show different attachment patterns and behaviors from those observed in female children, and (*c*) attachment patterns will be differentially affected by the interaction of rearing history and sex of child.

The subjects were 35 white, middle-class children living in Denver, Colorado. The 12 group 1 children were recruited through a pediatric practice in a middle- to upper-middle-class suburban area. Subjects for groups 2 and 3 were recruited from 16 day-care centers located in the same geographical area as the pediatric offices from which group 1 had been recruited and where the experimental situation was conducted. The centers reflected a wide variety of sponsorship, program, and child-staff ratio.

The variables of marital status of parents and age of subjects were controlled. Only children who were between 41 and 45 months of age and from two-parent families were included in the study. All families used were in the middle class on the Hollingshead Two-Factor Index (Hollingshead & Redlich 1958). No significant relationship was found between care group and SES. Children in groups 2 and 3 had been enrolled in a day-care center for at least 3 months in order to minimize effects of transient distress caused by recent changes in their care situation.

Children in group 1 were receiving full-time care at home by their mothers. None had attended preschool or been enrolled in any day-care facility prior to this study.

Group 2 children were cared for at home until they were approximately 3 years old, when they entered a group day-care center. At the time of this study, children in this group had been in day care for an average of 9.45 months.

Children in group 3 had been cared for by their mothers until almost 1 year of age, at which time they were enrolled in a family day-care home. Approximately 2 years later, these children were enrolled in a group day-care center. At the time of this study, group 3 children had been in some form of day care for an average of 32 months and in a group day-care center for an average of 7 months. Children in groups 2 and 3 attended a day-care center for approximately the same number of hours per week.

Each group was composed equally of boys and girls, except that group 2 contained five male and six female subjects. No significant differences were found for age at time of enrollment in family or group day care as a function of sex.

There were three steps to the procedure: a preliminary maternal interview, an in-person maternal interview, and a strange situation experimental procedure.

During the preliminary maternal interview, the mother was told that her pediatrician or day-care director had shared her name as a possible participant. Questions related to the selection criteria were asked. Personal maternal interviews were conducted with mothers of all subjects who met the selection criteria in order to establish rapport and explain the strange situation.

Four naive observers were trained with videotapes until each reported over 90% of preselected criterion events in a new videotape. A single observer then recorded each experimental procedure. The transcript was scored by two independent judges, whose Pearson product-moment interrater correlations were all above $r = .78$. Discrepancies in scoring were resolved by discussion.

Two 3 × 2 multivariate analyses of variance (MANOVAs) were employed to test the relationship between the independent variables (rearing history and sex) and the dependent variables.

Repeated measures analyses of variance (ANOVAs) or MANOVAs were performed to analyze the effect of episode and the interactions of group and sex with episode for each of the dependent variables.

The multivariate *F* ratios for the main effect of rearing group and the interaction effect of rearing group with sex were not significant. A significant main effect for sex was found, $F(11,19) = 2.50$, $p < .04$. Male subjects cried more and showed more resistance and avoidance of the stranger than female subjects. Females explored more and showed more avoidance of the mother than male subjects. However, since no consistent pattern of sex differences has emerged from this or other studies, no further results or discussion of sex differences will be included in this report.

Significant effects for episode were found for the following variables: crying, exploratory manipulation, distance interaction, proximity and interaction avoiding of mother, and search for mother. No significant results were found in any analysis for the variables of oral behavior, resisting mother, or proximity to and contact seeking with stranger.

The results of the present study fail to support the hypothesis that different patterns of attachment will be found for children with different rearing histories and that different patterns of attachment will be a function of the interaction between rearing history and sex.

The children in group 2 of the present study were similar to Blehar's older day-care group in terms of SES and parental marital status. Children in both studies had been at home with mother for approximately 3 years prior to entering a day-care center. Day-care-center children in the present study, however, had been enrolled in a day-care center almost twice as many months ($\bar{X}$ = 9.45) as those in Blehar's sample ($\bar{X}$ = 4.78) and were approximately 4 months older ($\bar{X}$ = 43.82 vs. $\bar{X}$ = 39.62) at the time of the strange-situation observation.

Differences in the length of enrollment between the two samples could account for the discrepant study results. Children in Blehar's sample may have been experiencing a transient distress reaction associated with new day-care arrangements which resulted in heightened sensitivity to the brief separations involved in the strange situation. The children in the present study who had been enrolled for an additional 5 months may have had sufficient time to adjust to and accept their day-care arrangements. Thus, the present results are interpreted as casting doubt on the long-range effects of day care on the mother/child attachment relationship.

It is possible that, although attachment behavior was activated for children in the present study, the strange situation is not a sufficiently sensitive procedure to differentiate effectively children with different levels of attachment. Considering that the procedure was originally devised for 1-year-olds and changed relatively little for older children, and that Marvin (Note 5) found that the strange situation was not effective in heightening the attachment behavior of 48-month-olds, the age differences between the two samples, in combination with the rapid developmental changes which take place during this period of time, could account for the discrepant results.

The results of the present investigation suggest that it is premature to conclude that children who have experienced care in family day-care homes and day-care centers will also experience adverse effects similar in kind to those found in studies of major separations. The results also question previous findings that the age at which a child is first enrolled in day care differentially affects the mother/child attachment relationship.

5. BIBLIOGRAPHIE

. BEITH-HALLAHMI, Benjamin, "The Kibbutz as a Social Experiment and as a Child-Rearing Laboratory", American Psychologist, Volume 32, no 7, July 1977.

. BELSKY, Jay et STEINBERG, Laurence D. "The Effects of Day Care: A Critical Review", Child Development, Volume 49, 1978.

. BLANCHARD, Marie and MAIN, Mary, "Avoidance of the Attachment Figure and Social-Emotional Adjustment in Day-Care Infants", Developmental Psychology, 1979 Volume 15, no 4.

. BROOKHART, Joyce and HOCK, Ellen, "The Effects of Experimental Context and Experimental Background on Infant's behavior toward their Mothers and a Stranger", Child Development, Volume 4, no 2, 1976.

. BRONFENBRENNER, Urie, "Day Care and Preschool as Contexts of Human Development", Harvard University Press, Cambridge, 1979.

. CLIFFORD, Howard, "La garde de jour des bébés: un véritable dilemme", Santé mentale du Canada, Volume 27, no 2, juin 1979.

. COCHRAN, Moncrieff M. "A Comparison of Group Day and Family Child-Reading Patterns in Sweden", Child Development, Volume 48, no 2, June 1977.

. COHEN, Donald J. and ZIGLER, Edward, "Federal Day Care Standards: Rationale and Recommandations", Journal of the National Association for the Education of Young Children, March 1978.

. COLLECTIF: "Les modes de garde des enfants de 0 à 3 ans", Edition ESF, Paris, 1974.

. ETAUGH, Claire "Effects of Nonmaternal Care on Children: Research Evidence and Popular Views", American Psychologist, Avril 1980, Volume 35, no 4.

. FARRAN, Dale C. and RAMEY, Craig T., "Infant Day Care and Attachment Behaviors toward Mothers and Teachers", Child Development, Volume 48, no 3, September 1977.

. FOWLER, William, "Day Care and its Effects on Early Development" and "Guides to Early Day Care and Teaching", Ontario Institute for Studies in Education, 1978.

. FOX, Nathan, "Attachment of Kibbutz Infants to Mother and Metapelet", Child Development, Volume 48, no 4, December 1977.

. HARRELL, Janet E. and RIDLEY, Carl A. "Substitute Child Care Maternal Employment and the Quality of Mother-Child Interaction", Journal of Marriage and the Family, Volume 37, no 3, August 1975.

. HARRIS, Adrienne, E. "Découvertes récentes de la recherche nord-américaine sur la socialisation du jeune enfant", Revue Internationale des Sciences Sociales, volume XXXI, no 3, 1979.

. KAGAN, Jerome, "The Effects of Infant Day Care on Psychological Development", Evaluation Quarterly, Volume 1, no 1, Février 1977.

. KAGAN, J. "Issues and Evidence in Day Care", 1976.

. KEYSERLING, Mary Dublin, "Day Care Challenge: The Unmet Needs of Mothers and Children", Child Welfare, Volume L, no 8, October 1971.

. MASLACH, Christina and PINES, Ayala, "The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting", Child Care Quarterly, Volume 6, Summer 1977.

. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "La garderie: une expérience de vie pour l'enfant", TOME I et "La garderie: une expérience de vie pour l'enfant", TOME II Direction de la planification des services sociaux, Québec 1976.

. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "Projet de normes pour les garderies", mai 1978.

. MINISTERE DE L'EDUCATION DU QUEBEC, "Les services de garde des jeunes enfants", Québec 1974.

. MINISTERE DE LA SANTE ET BIEN ETRE SOCIAL DU CANADA, "Enfants ayant des besoins spéciaux dans les garderies", Ottawa, 1978.

. MINISTERE DE LA SANTE ET BIEN ETRE SOCIAL DU CANADA, "Le livre et l'éveil au monde des perceptions", Ottawa, 1979.

. MOSKOWITZ,Debbie S. and SCHWARZ, J. and CORSINI, David A. "Initiating Day Care at Three Years of Age: Effects on Attachment", Child Development, 1977, no 48.

. OUIMET-MALO, Nicole "La situation des garderies au Québec", Direction des services sociaux, Service des politiques à l'enfance et à la famille, ministère des Affaires sociales, Québec, 1976.

. PALTIEL, Freda L., "Day Care in Europe: The Scandinavian Experience", The Social Worker.

. PERRY, Joseph D., "Kindergarten Compentencies as Predictors of Third-Grade Classroom Behavior and Achievement", Journal of Educational Psychology, 1979, Volume 71, no 4.

. PORTNOY, Fern C. and SIMMONS, Carolyn H., "Day Care Attachment", Child Development, mars 1978, Volume 49, no 1.

. PROVOST, Marc-A., "L'effet des garderies sur le développement de l'enfant", Santé mentale au Canada, Volume 28, no 1, mars 1980.

. RAMEY, Craig T. and SMITH, Barbara J., "Assessing the Intellectual Consequences of Early Intervention with High-Risk Infants", American Journal of Mental Deficiency 1976, Volume 81, no 4.

. SASSEVILLE, Christian, "Une nouvelle loi sur les services de garde à l'enfance", Carrefour des Affaires sociales, Volume 2, no 2, février 1980.

. WAGNER, M. WAGNER, M. "The Danish National Child-Care System". West View Press, E.U. 1976.

. WILLIS, Anne and RICCIUTI, Henri, "A Good Beginning for Babies", Guidelines for Group Care, Washington, 1975.

FACTEURS DE RISQUES ET PLACEMENTS D'ENFANTS EN SOINS D'ACCUEIL

REVUE DE LA RECHERCHE

LOUISE GARANT
SERVICE DES SYNTHESES
DE RECHERCHE
AOUT 1980

Synthèse réalisée à la demande du Comité de la santé mentale du Québec et de la Direction des politiques de services sociaux.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
I- LES FACTEURS DE RISQUE DE PLACEMENTS	5
1.1 Les études américaines	5
1.2 Les études québécoises	11
1.2.1 Caractéristiques socio-économiques des familles naturelles	12
1.2.2 Les "raisons principales" de placement	14
1.3 Facteurs de risque par rapport à la durée du placement	18
1.4 Facteurs de risque de placements multiples	22
1.5 L'enfant handicapé et le placement	24
RESUME	27
II- LE PLACEMENT, FACTEUR DE RISQUE?	29
2.1 Difficultés et carences de la recherche sur l'impact du placement	30
2.2 Placement et développement cognitif	32
2.3 Placement et rendement scolaire	38
2.4 Placement et développement psycho-social	40
2.5 La réaction des parents face au placement	49
RESUME	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	57

INTRODUCTION

Traditionnellement, on a pu observer au Québec des taux de placement d'enfants sensiblement plus élevés que dans les autres provinces canadiennes et que dans les autres pays occidentaux.

Le nombre total d'enfants placés en familles d'accueil et en institutions est passé de 18 880 (8 par mille) en 1960 à 24 574 (13 par mille) en 1978 après avoir atteint un sommet de 44 613 (20 par mille) en 1970.

Aux Etats-Unis, le taux de placement était de 3,2 par mille en 1967 et on prévoyait un taux de 3,9 par mille en 1975. En Angleterre, le taux était de 5,9 par mille en 1952 et il est demeuré stable jusqu'en 1965. Enfin,une étude comparative des placements d'enfants au Québec et en Ontario indique que le nombre d'enfants placés en soins d'accueil en 1970 était de 40% plus élevé au Québec qu'en Ontario. En 1976-77, seule l'Alberta avait un taux de placement plus élevé que celui du Québec.

Si aucune étude rigoureuse n'a été faite pour cerner les causes de l'incidence élevée des placements, l'ampleur du phénomène n'en a pas moins fait l'objet d'inquiétudes et d'interrogations au ministère des Affaires sociales, dans le milieu des services sociaux comme dans le public en général.

En 1972, la Commission Castonguay-Nepveu attirait l'attention sur le phénomène qui atteignait alors un sommet quant au nombre d'enfants placés et particulièrement quant au recours aux foyers nourriciers.

> *"Le placement en foyer nourricier, conçu, à un moment donné, comme une panacée à tous les maux attribués aux placements d'enfants en établissements d'hébergement soulève à son tour de multiples points d'interrogation. N'est-il pas trop souvent la solution facile et universelle à des problèmes qui pourraient être résolus différemment? Cette forme de placement ne serait-elle pas trop fréquemment une voie d'évitement commode qui néglige le fond des problèmes et ne révélerait-elle pas l'atrophie des services préventifs qu'on aurait pu rendre à la famille et qui auraient sans doute évité bon nombre de placements?" (39, p.85)*

En 1975, paraissait le rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil (Rapport BATSHAW)[40]. Les études menées dans le cadre des travaux de cette commission permettaient alors d'affirmer que 40% des 4 958 jeunes placés en avril 1975 dans les centres d'accueil pour mésadaptés sociaux n'auraient pas dû y être. Pour éviter la marginalisation des jeunes en difficulté, le Comité proposait l'utilisation aussi minimale que possible des centres d'accueil et la mise sur pied de services aux jeunes et à leur famille.

Cinq ans après la parution du rapport BATSHAW, l'OPERATION 30 000[33] nous présente un portrait des 30 338 enfants sous la responsabilité des Centres de services sociaux du Québec en avril

1978 et dont 81% sont placés en milieux substituts.

Ainsi que le précise Jacques LARIN, responsable de l'OPERATION 30 000, il ne faut chercher dans ce document "ni de schémas explicatifs des problèmes vécus par les enfants, ni de développements théoriques concernant l'intervention sociale... L'OPERATION 30 000 décrit des faits et son principal apport est de faire des associations entre des facteurs qui étaient le plus souvent perçus de façon isolée, sans connection les uns avec les autres". *(33, p.3)*

L'ampleur du phénomène du placement au Québec et la gravité des conséquences appréhendées nous invitent donc à aller voir si les recherches menées ici et à l'étranger sont en mesure d'apporter des éléments de réponses aux multiples questions qui ne manquent de surgir.

C'est par une approche basée sur la notion de risque que nous aborderons ce phénomène, un facteur de risque étant défini comme: *"toute caractéristique ou toute circonstance déterminable, attachée à une personne ou à un groupe de personne et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus morbide ou d'exposition spéciale à un tel processus". (34)*

Toutefois, dans le domaine psycho-social, plus encore que dans le domaine de la santé, nous faisons face à des difficultés importantes: d'une part les études épidémiologiques sont

encore peu nombreuses; d'autre part les relations directes de cause à effet entre les phénomènes sont rares sinon inexistantes; nous sommes le plus souvent devant des relations complexes où un lien clair existe entre un facteur et l'issue sans que ce facteur ne puisse être considéré comme une cause directe. Dans la plupart des cas, nous sommes en présence d'un type de relation où chaque caractéristique peut tour à tour être considérée comme facteur de risque et comme issue défavorable.

C'est ainsi que nous nous interrogerons tour à tour sur les facteurs qui risquent d'entraîner le placement d'un enfant et sur les conséquences possibles du placement sur le développement de cet enfant.

I LES FACTEURS DE RISQUE DE PLACEMENTS

Malgré toutes les remises en question et toutes les difficultés auxquelles fait face la famille aujourd'hui, elle apparaît encore comme le milieu normal et privilégié au sein duquel l'enfant devrait trouver réponse à ses besoins primaires et se développer de façon harmonieuse.

Aussi voit-on dans le fait de séparer un enfant de sa famille naturelle la réalisation d'une issue défavorable et doit-on chercher à identifier les facteurs qui risquent d'entraîner une telle issue de façon à la prévenir.

1.1 Les études américaines

Il y a eu aux Etats-Unis plusieurs enquêtes ou études visant à cerner les causes ou facteurs à l'origine des placements d'enfants en soins d'accueil. Malheureusement, la diversité des approches utilisées, des populations étudiées, des classifications adoptées rendent pratiquement impossible toute comparaison des résultats.

A titre indicatif, nous donnerons les résultats de quelques unes des études les plus significatives.

- Ainsi, suite à une enquête menée à New York en 1965, JENKINS ET SAUBER*(22)* retiennent cinq raisons à l'origine des placements, soit:

- *la maladie physique ou l'incapacité de la personne responsable de l'enfant* 32%
- *la maladie mentale de la mère* 13%
- *l'abus ou la négligence grave* 10%
- *les problèmes personnels ou émotifs de l'enfant* 8%
- *les problèmes familiaux (incluant incompétence parentale, abandon, arrestation, etc.)* 37%

- Dans le cadre d'un vaste programme de recherche sur les soins d'accueil à New York mené par l'Université Columbia de 1966 à 1971, JENKINS et NORMAN(21) ont identifié le principal motif de placement de chacun des 624 enfants composant l'échantillon de base, soit:

- *la maladie mentale de la personne responsable de l'enfant* 21,9%
- *l'abus ou la négligence* 14,6%
- *le comportement de l'enfant* 11,7%
- *la maladie physique de la personne responsable* 10,9%
- *l'abandon ou la désertion* 10,7%
- *le refus ou l'incapacité de continuer les soins* 10,1%
- *les problèmes familiaux* 9,1%
- *le refus ou l'incapacité d'assumer les soins* 8,8%
- *la mort d'un parent* 2,2%

Les différences observées dans les deux études en ce qui a trait à la répartition des motifs de placement semblent dues au fait que dans la première on tient compte des placements à court terme et à long terme alors que dans la seconde, on ne tient compte que des placements d'une durée minimum de 90 jours.

Une vaste enquête de GRUBER *(19)* portant sur tous les enfants placés en foyers nourriciers dans l'Etat du Massachusetts le 18 novembre 1971 a permis de recueillir des informations sur les raisons de placement de 5 862 enfants soit:

- *la maladie mentale des parents*	*23,0%*
- *la négligence et l'abus*	*13,6%*
- *le divorce ou la désertion des parents*	*9,5%*
- *l'abandon*	*8,5%*
- *la maladie physique d'un parent*	*8,2%*
- *le comportement de l'enfant*	*7,0%*
- *l'indécision quant à la garde ou à l'abandon de l'enfant*	*6,2%*
- *mort des parents*	*4,5%*
- *autres motifs (alcoolisme, emprisonnement) ou inconnu*	*19,5%*

DE L'ENSEMBLE DES RESULTATS DES ETUDES AMERICAINES, ON PEUT RETENIR QUE 9 FOIS SUR 10, L'ENFANT EST PLACE EN RAISON DES PROBLEMES FAMILIAUX OU PERSONNELS DES PARENTS; LA MALADIE MENTALE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT APPARAIT COMME LE PROBLEME LE PLUS FREQUENT, DU MOINS EN CE QUI A TRAIT AUX PLACEMENTS A LONG TERME.

Ainsi qu'on peut le constater, toutes ces études tendent à privilégier les facteurs interpersonnels et psychologiques comme étant à l'origine du placement; très peu d'entre elles ont approfondi le rôle des variables reliées à l'environnement (en particulier les ressources financières et les services de support). Une assertion semble résumer assez bien la position de ces chercheurs: *"La pauvreté est une condition nécessaire mais non suffisante au placement d'un enfant en soins d'accueil". (21, p.18)*

Pourtant, le système de soins d'accueil apparaît à d'autres chercheurs comme étant essentiellement un système de classe. Ainsi, après examen des multiples données relatives au statut socio-économique des enfants placés et aux motifs de placement, REIN, NUTT et WEISS (22) constatent que même si les besoins de soins substituts existent dans tous les milieux sociaux pour diverses raisons (incapacité physique ou mentale, difficultés familiales, difficultés de l'enfant, etc.), les familles de classe moyenne et supérieure ne font pas appel au système de

soins d'accueil. C'est, aux dires de ces auteurs, qu'elles ont accès à des ressources diverses et moins stigmatisantes (services d'aide à domicile, garderie, pensionnat, services professionnels, etc.).

Par ailleurs, les familles à faible revenu qui ont peu ou pas accès à ces ressources voient souvent leur situation se détériorer et lorsque les services sociaux entrent en jeu, la tentation est grande de percevoir les besoins du client en fonction des services disponibles plutôt qu'en termes de solution à un problème.

A l'appui de ces affirmations, REIN, MUTT et WEISS citent les résultats d'une recherche de SHYNE (48) établissant que les facteurs qui entraînent les placements sont différents selon les milieux socio-économiques.

Nous reproduisons à la page suivante, deux tableaux qui illustrent bien la situation.

TABLE 2-3

Socioeconomic Status of Family, by Reason for Request for Foster Placement, Percentage Distribution of Classes

Socioeconomic Status	*Total*	*Out-of-Wedlock Infant*	*Unwed Mother*	*Parent Behavior*	*Parent Incapacity*	*Socio-economic Problem*	*Child Behavior*	*Psycho-social Problem*	*Child Incapacity*
Class I, II, III	16	25	34	9	3	11	18	9	12
	(123)	(59)	(19)	(13)	(2)	(6)	(14)	(8)	(2)
Class IV	32	43	34	15	37	23	32	34	19
	(239)	(100)	(19)	(22)	(25)	(13)	(25)	(32)	(3)
Class V	52	32	32	77	60	67	51	57	69
	(391)	(76)	(18)	(115)	(40)	(38)	(40)	(53)	(11)
Total Percent	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total Number	(753)	(235)	(56)	(150)	(67)	(57)	(79)	(93)	(16)

SOURCE: Tables 2-3 and 2-4 based on Ann W. Shyne, *The Need for Foster Care* (New York: Child Welfare League of America, 1969), recalculated to reflect the 753 cases in the eight problem groups in which socioeconomic status is known. Used by permission.

TABLE 2-4

Socioeconomic Status of Family, by Reason for Request for Foster Placement, Percentage Distribution of Reasons

Socioeconomic Status	*Total*	*Out-of-Wedlock Infant*	*Unwed Mother*	*Parent Behavior*	*Parent Incapacity*	*Socio-economic Problem*	*Child Behavior*	*Psycho-social Problem*	*Child Incapacity*
Class I, II, III	100	48	15	11	2	5	11	6	2
	(123)	(59)	(19)	(13)	(2)	(6)	(14)	(8)	(2)
Class IV	100	42	8	9	10	5	10	13	1
	(239)	(100)	(19)	(22)	(25)	(13)	(25)	(32)	(3)
Class V	100	19	5	29	10	10	10	14	3
	(391)	(76)	(18)	(115)	(40)	(38)	(40)	(53)	(11)
Total Percent	100	31	7	20	9	8	10	12	2
Total Number	(753)	(235)	(56)	(150)	(67)	(57)	(79)	(93)	(16)

SOURCE: Same as Table 2-3 on page 35 and used by permission.

- On remarque donc que près des 2/3 des enfants appartenant aux trois strates supérieures sont placés pour des raisons reliées à une naissance illégitime; il s'agit d'un aspect plutôt spécialisé des soins d'accueil;

- par ailleurs, alors que 52% des familles appartiennent à la strate inférieure, les cas de placement pour raisons tenant aux comportements des parents, aux problèmes socio-économiques et à l'incapacité de l'enfant s'y retrouvent dans des proportions respectives de 77%, 67% et 69%. Il s'agit de problèmes pour la solution desquels les familles de classes moyenne et supérieure ont d'autres ressources que le placement de l'enfant en soins d'accueil.

L'ABSENCE DE RESSOURCES DIVERSIFIEES ET ACCESSIBLES REPONDANT AUX BESOINS DES FAMILLES DE FAIBLE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE A UN IMPACT IMPORTANT SUR LE PLACEMENT DES ENFANTS EN SOINS D'ACCUEIL.

1.2 *Les études québécoises.*

Même si la recherche américaine nous fournit des indices intéressants et utiles sur les facteurs de risque de placement des enfants hors de leur famille, il apparaît essentiel de vérifier si ces facteurs sont reliés de la même façon au placement des enfants québécois.

Or, si l'on excepte quelques études menées par des agences à partir de leurs propres dossiers, la récente recherche de Jacques VACHON (55) constitue la seule démarche rigoureuse réalisée dans notre milieu pour *"établir les circonstances qui ont conduit au placement des enfants dans le but d'en déterminer la raison principale"*. Il s'agit d'une vérification de l'étude menée à New York par JENKINS et NORMAN mentionnée plus haut. (21)

La population étudiée est constituée d'un échantillon de 158 familles naturelles du Montréal métropolitain qui ont expérimenté pour la première fois au cours de l'année 1974 le placement d'un enfant de moins de 13 ans pour une période continue d'au moins 90 jours et ce à la charge partielle ou totale du ministère des Affaires sociales.

Nous dégageons ci-après les principales observations de l'auteur sur les caractéristiques des familles des enfants placés et sur les motifs de placement.

1.2.1 *Caractéristiques socio-économique des familles naturelles*

DANS L'ENSEMBLE, LES FAMILLES NATURELLES DES ENFANTS PLACES APPARTIENNENT A UN NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE BAS.

- *l'aide sociale est la principale source de revenu de près d'un tiers des ménages (comparé à 6% pour l'ensemble du Québec);*

- *il s'agit d'une situation chronique pour près de 60% des ménages, la durée de l'aide sociale étant de trois ans et plus;*

- *au moment du placement, 63% des ménages ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté établi par le Conseil canadien de Développement social;*

- *au moment du placement, 88% des ménages ont un revenu inférieur au revenu familial médian du Québec;*

- *enfin, les conditions de logement et l'environnement dans lesquels vivent les familles naturelles confirment leur situation socio-économique défavorable.*

UNE TRES FORTE MAJORITE DES MERES ET DES PERES NATURELS NE VIVENT PLUS ENSEMBLE AU MOMENT DU PLACEMENT DE L'ENFANT.

- *Dans le tiers des cas seulement, l'enfant vivait avec ses deux parents naturels avant le placement;*

- *17% des mères sont célibataires, 19% sont divorcées, 9% sont veuves et 28% sont mariées mais ne vivent pas avec le conjoint;*

- *avant le placement, 42% des chefs de ménage sont des femmes (comparé à 8,5% pour le Canada);*

- *le père naturel est seul avec ses enfants dans 10% des cas.*

GLOBALEMENT, LES DONNEES SUR LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES PARENTS NATURELS RECUEILLIES DANS L'ETUDE DE VACHON CORROBORENT CELLES DE JENKINS A NEW YORK.

On remarque toutefois quelques différences:

- *Avant le placement, 11% seulement des enfants new-yorkais vivaient avec les deux parents naturels comparativement à 33% des enfants montréalais;*

- *à New York, 50% des mères et 30% des pères des enfants placés avaient eux-mêmes été élevés par un seul parent comparativement à 12% des mères et 17% des pères montréalais;*

- *une proportion légèrement plus élevée de parents montréalais avaient eux-mêmes expérimenté le placement en soins d'accueil au cours de leur enfance.*

LA PAUVRETE ET LA DESORGANISATION FAMILIALE APPARAISSENT DONC COMME DES FACTEURS DE RISQUE DE PLACEMENT MEME SI ELLES NE SONT PAS DES CONDITIONS SUFFISANTES EN ELLES-MEMES.

1.2.2 Les "raisons principales" de placement.

Utilisant la même classification et les mêmes techniques que JENKINS et NORMAN, VACHON a identifié la *"raison principale"* de chacun des placements, c'est-à-dire le facteur qui, s'il avait été absent, aurait probablement évité le placement de l'enfant.

Nous reproduisons ci-après un tableau indiquant la distribution proportionnelle des familles selon la *"raison principale"* de placement tant au Québec qu'à New York.

"RAISONS PRINCIPALES" DE PLACEMENT	DISTRIBUTION DES FAMILLES	
	MONTREAL %	NEW YORK %
Problème de santé mentale	*21%*	*22%*
Comportement de l'enfant	*33%*	*16%*
Négligence ou abus	*13%*	*14%*
Maladie physique	*10%*	*11%*
Refus ou incapacité de continuer les soins	*10%*	*11%*
Dysfonction familiale	*8%*	*9%*
Refus ou incapacité d'assumer les soins	*1%*	*8%*
Abandon ou désertion	*4%*	*8%*
Autres raisons	-	*1%*
Etat de crise	*1%*	-
TOTAL	*100%*	*100%*

Il y a concordance des résultats des deux études dans la majorité des catégories. Par ailleurs, VACHON explique la plus forte incidence du refus ou de l'incapacité d'assumer les soins après la naissance, dans l'échantillon de New-York, par le fait

qu'une période de 10 ans sépare les deux études. Par ailleurs, il émet l'hypothèse que la proportion moins grande de familles monoparentales dans l'échantillon montréalais explique, en partie du moins, la proportion plus grande d'enfants placés pour leur propre problème de comportement.

Les données recueillies par VACHON permettent également de constater que, quel que soit le facteur principal à l'origine du placement, on retrouve presque toujours la présence d'un ou plusieurs facteurs associés.

A titre d'exemple, lorsque la raison principale du placement est le comportement de l'enfant, on observe fréquemment un problème de relation mère-enfant (66% des cas), un conflit conjugal (54% des cas), un problème de santé mentale (30% des cas), un problème de drogue ou d'alcool (30% des cas).

Une seule exception à cette situation: dans 60% des cas où la maladie physique du responsable de l'enfant est la raison principale du placement, il n'y a pas d'autres facteurs associés.

LA CONCLUSION QUI SEMBLE SE DEGAGER DE L'ETUDE DE VACHON EST QUE LE FAIT DE VIVRE DANS UNE FAMILLE A PROBLEMES MULTIPLES CONSTITUE LE PLUS GRAND FACTEUR DE RISQUE FACE AU PLACEMENT ET CE, QUEL QUE SOIT LE FACTEUR QUI DECLENCHE LE PROCESSUS.

Pour leur part, TORCZYNER et PARE (54) ont émis l'hypothèse que les facteurs liés à l'environnement (ressources financières, logement, etc.) avaient une influence relativement plus grande que les facteurs personnels et psychologiques sur la décision de placer un enfant en soins d'accueil comme sur le retour de celui-ci dans sa famille.

A l'aide d'un instrument de recherche nommé Q-Sort* ils ont tenté de vérifier cette hypothèse auprès d'un échantillon de 20 parents naturels dont un enfant était placé et d'un échantillon de 20 parents dont l'enfant était de retour à la maison après un placement.

Les analyses statistiques n'ont pu établir de différences significatives entre les deux groupes quant aux motifs de placement répartis en 4 catégories (comportement des parents, comportement de l'enfant, circonstances personnelles, facteurs liés à l'environnement).

Par ailleurs, l'analyse des données recueillies à l'aide d'un deuxième Q-Sort destiné à mesurer les changements survenus depuis le placement a permis de déceler une différence significative entre les deux groupes: les parents dont les enfants sont de retour à la maison indiquent que les améliorations les plus importantes se situent au niveau des facteurs liés à

---

* Cet instrument est constitué d'une liste d'affirmations reliées à des concepts précis et qui doivent être triés et classés par les répondants selon qu'elles correspondent ou non à la réalité et selon leur degré d'importance.

l'environnement alors que les parents dont les enfants sont toujours placés notent des améliorations au niveau de leurs comportements. Poussant plus loin leur analyse, les auteurs affirment que l'amélioration des ressources financières, la disponibilité de services à domicile et un meilleur support de la parenté distinguent de façon significative les deux groupes. Aucune amélioration significative n'a toutefois pu être observée en ce qui a trait au comportement des enfants et des parents qui ont été réunis.

MALGRE LES LIMITES DE CETTE ETUDE, EN PARTICULIER L'ECHANTILLON REDUIT ET LA DETERMINATION RETROSPECTIVE DES MOTIFS DE PLACEMENT, IL APPARAIT ASSEZ EVIDENT AUX CHERCHEURS QU'UN BON NOMBRE DE PLACEMENTS POURRAIENT ETRE EVITES OU A TOUT LE MOINS RACCOURCIS EN METTANT L'ACCENT SUR L'AIDE FINANCIERE ET LES SERVICES DE SUPPORT AUX FAMILLES A RISQUE OU AYANT DEJA UN ENFANT PLACE EN SOINS D'ACCUEIL.

1.3 Facteurs de risque par rapport à la durée du placement.

Le placement d'un enfant en soins d'accueil est généralement considéré comme une situation temporaire qui devrait être aussi brève que possible, l'objectif étant la réintégration de l'enfant dans la famille naturelle ou son intégration dans une famille adoptive.

MAAS et ENGLER (26) ont noté dans leurs recherches que le fait de demeurer en soins d'accueil plus d'un an et demi augmente de façon très sensible le risque pour un enfant de demeurer dans cette situation jusqu'à sa majorité.

L'OPERATION 30 000 INDIQUE QUE 33% DES ENFANTS PLACES EN SOINS D'ACCUEIL LE SONT DEPUIS QUATRE ANS ET PLUS ET 66% LE SONT DEPUIS DEUX ANS ET PLUS.

Les chercheurs de l'Université Colombia ont tenté de cerner les facteurs qui risquent de prolonger la situation de placement ou, à l'inverse, les facteurs qui permettent de prédire un changement de statut dans le meilleur délai. FANSHEL et SHINN (15) ont ainsi pu constater que:

- *l'enfant placé très jeune risquait de demeurer plus longtemps en soins d'accueil que celui qui est placé à un âge plus avancé;*
- *57% des enfants placés pour abandon et 48% des enfants placés pour abus ou négligence sont toujours en soins d'accueil après 5 ans;*
- *très peu d'enfants placés en raison de leur propre comportement sont libérés au cours de la première année mais c'est le groupe proportionnellement le moins nombreux après 5 ans;*
- *les enfants placés en raison de la maladie physique de leur mère retournent le plus rapidement dans leur famille (43% au cours de la première année).*

Des analyses statistiques plus poussées permettent toutefois de constater que, plus encore que l'âge ou le motif de placement, les visites parentales, l'intensité du travail de l'agence sociale et le jugement de l'intervenant sur la capacité de la mère sont des facteurs prédictifs d'un retour plus ou moins rapide de l'enfant dans sa famille:

- *66% des enfants qui n'ont reçu aucune visite de leurs parents au cours de la première année de placement sont toujours en soins d'accueil après 5 ans; seulement 27% des enfants dont les parents profitent de toutes les occasions de visites sont dans la même situation;*

- *le lien entre la fréquence des visites parentales et le retour des enfants dans leur milieu naturel est également significatif quoique de façon moins sensible au cours des années ultérieures;*

- *le petit groupe d'enfants qui, en dépit des visites parentales fréquentes et régulières, sont toujours placés après 5 ans, est composé en majeure partie de jeunes avec lesquels le père maintient des contacts sans toutefois pouvoir les reprendre à sa charge en raison de l'incapacité totale de la mère.*

LA FREQUENCE ET LA REGULARITE DES VISITES PARENTALES APPARAISSENT COMME DES ELEMENTS-CLE PAR RAPPORT AU RETOUR DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE NATURELLE.

Il peut être intéressant de rapprocher ces données de celles fournies par l'OPERATION 30 000 (33) qui indiquent que:

- *38% des enfants ont des contacts au moins une fois par mois avec leurs parents;*
- *40% ont des contacts une fois par six mois;*
- *19% des enfants n'ont jamais de contact.*

Après avoir établi la valeur des visites parentales comme facteur de prédiction du retour de l'enfant dans sa famille, FANSHEL et SHINN (15) ont cherché à connaître les facteurs qui pouvaient influencer le comportement des parents sur ce plan.

Quelques corrélations significatives quoique modestes ont été observées:

- *Les parents visitent relativement plus les enfants placés à un âge plus avancé (les auteurs émettent l'hypothèse que les liens parents-enfants se sont établis de façon plus solide au cours de la période plus longue au cours de laquelle ils ont vécu ensemble);*
- *les enfants placés en raison de leur propre comportement ou en raison de la maladie mentale de la mère ont plus de chance d'être visités;*
- *la situation est critique pour les enfants abandonnés, victimes d'abus ou de négligence;*
- *l'évaluation de la mère par l'intervenant social et l'intensité du travail social accompli auprès de la famille paraissent également avoir un lien significatif avec la fréquence des visites parentales.*

COMPTE TENU DE L'IMPORTANCE DES VISITES PARENTALES PAR RAPPORT AU RETOUR DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE ET DE LA CONNAISSANCE LIMITEE DES FACTEURS QUI AMENENT LES PARENTS A MAINTENIR OU A COUPER LES CONTACTS AVEC LEUR ENFANT, FANSHEL ET SHINN ESTIMENT ESSENTIEL DE POURSUIVRE LA RECHERCHE SUR LE SUJET.

Enfin, une recherche de SHAPIRO (47) portant sur l'influence de variables reliées à l'activité de l'organisme responsable du placement sur les résultats du placement a permis de dégager certaines observations intéressantes:

- *L'intensité du travail social, mesuré en termes de fréquence des contacts, de charge de travail, d'expérience relative des travailleurs sociaux et de leur stabilité, a une influence relativement importante sur le taux de retour des enfants dans leur famille au cours des deux premières années; l'influence de ce facteur diminue toutefois au cours des périodes subséquentes;*

- *de tous les facteurs liés à l'activité de l'agence, aucun n'a une importance aussi grande que l'attitude de l'intervenant face à la mère et ce, tout au cours de la durée du placement;*

- *SHAPIRO observe cependant que le support ou les contacts de l'agence avec la famille naturelle de l'enfant sont concentrés dans les premières années du placement mais décroissent par la suite alors que l'agence devient en fait le gardien de l'enfant et que la famille est de plus en plus absente.*

1.4 Facteurs de risque de placements multiples.

Articles de journaux et reportages télévisés ont porté à

la connaissance du public la situation dramatique d'un certain nombre d'enfants soumis à de multiples déplacements, ces enfants "ping-pong" ainsi qu'on les a identifiés.

Les organismes responsables des placements sont certes préoccupés par la question. Un travailleur social affecté à la revision des cas de placement dans un établissement montréalais a pu constater que la moitié des enfants pour lesquels un placement était requis avaient déjà expérimenté de 3 à 14 placements au cours de périodes variant de 1 à 15 ans.

Pourtant, en dépit du nombre relativement important d'enfants touchés par cette situation et des conséquences qu'elle ne peut manquer d'avoir sur leur bien-être, il ne semble pas y avoir eu de recherches systématiques sur les facteurs de risque de placements multiples.

FANSHEL et SHINN (15) ont suivi les déplacements de jeunes tout au long des cinq années qu'a duré leur recherche et croient qu'il s'agit d'une première analyse du nombre de déplacements expérimentés par les enfants placés en soins d'accueil:

- *Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, la durée du placement est un facteur de risque important; 19% des enfants retournés dans leur famille naturelle au cours de la deuxième année ont connu 3 placements et plus; 25% de ceux qui y sont retournés au cours de la troisième année sont dans la même situation; enfin 46% des enfants encore placés après 5 ans ont connu cette expérience;*

- *les enfants placés en raison de leur comportement et ceux dont les parents ne veulent pas assumer ou continuer les soins bénéficient d'une relative stabilité de leur placement; les enfants placés en raison de problèmes familiaux ou pour cause de négligence, d'abus ou d'abandon connaissent par ailleurs de nombreux déplacements;*

- *enfin, les chercheurs notent que les enfants qui sont visités moins fréquemment par leurs parents de même que ceux dont la mère est jugée négativement par le travailleur social sont soumis à des déplacements moins nombreux; une implication plus faible des parents semblerait donc associée à une plus grande stabilité du placement.*

Ainsi que le notent FANSHEL et SHINN, il reste toutefois beaucoup à apprendre sur cet important phénomène.

1.5 *L'enfant handicapé et le placement.*

Au moment de l'OPERATION 30 000, 25% des enfants placés en familles d'accueil étaient identifiés comme handicapés. Déficience mentale, troubles du langage et problèmes psychomoteurs sont les handicaps les plus fréquemment observés.

(19)

Une étude menée par GRUBER au Massachusetts entre 1971 et 1973 indiquait un taux de 40% d'handicapés parmi la population d'enfants placés en familles d'accueil. Ce taux évidemment beaucoup plus élevé que celui qui est observé chez les jeunes en général.

LE HANDICAP APPARAIT DONC COMME UN FACTEUR DE RISQUE DE PLACEMENT IMPORTANT ET CE, MEME SI LES MOTIFS A L'ORIGINE DU PLACEMENT DES ENFANTS HANDICAPES SE DISTRIBUENT DE LA MEME FACON QUE POUR LES ENFANTS NON HANDICAPES.

L'étude de GRUBER indique en effet que dans 5,8% des cas seulement le placement fait partie d'un plan de traitement alors que 27% des enfants handicapés sont placés en raison de la maladie mentale de la mère, 15% pour abus et négligence, 17% en raison d'un divorce, d'une désertion ou d'un abandon.

Certaines données recueillies par GRUBER laissent voir que l'enfant handicapé placé en famille d'accueil risque de subir plus de préjudice que l'enfant non handicapé.

Ainsi,

- *même si 40% des enfants ont été placés pour une période limitée, 82% ne sont jamais retournés dans leur famille, même à titre d'essai;*

- *moins de 35% des enfants ont vu leurs parents au moins une fois en 6 mois; moins de 22% les ont vus une fois en deux mois;*

- *les 2/3 des enfants sont en foyers nourriciers depuis plus de 2 ans et 1/3 depuis plus de 5 ans; en moyenne, l'enfant handicapé demeure en famille d'accueil un an de plus que l'enfant qui ne l'est pas;*

- *une forte proportion d'enfants handicapés n'a été soumise à aucune évaluation par des spécialistes et dans 85% des cas où un plan de traitement ou de réadaptation a été établi, il n'est pas appliqué;*

- *enfin, les enfants handicapés font face à un risque élevé de placements multiples; en effet, si 18% de la population totale d'enfants placés en foyer nourricier ont été placés au moins une autre fois, 56% des enfants handicapés ont fait la même expérience, dont la moitié entre 2 et 4 fois.*

RESUME

Les recherches tant américaines que québécoises, confirment que, très majoritairement, les familles dont les enfants sont placés en soins d'accueil sont aux prises avec la pauvreté, le chômage et des conditions de logement inadéquates.

Toutefois, l'absence de ressources financières est rarement invoquée comme motif de placement. Neuf fois sur dix, des facteurs relatifs à la capacité ou à la volonté des parents d'assumer leur rôle parental sont à l'origine du placement; dans les autres cas, le comportement de l'enfant est invoqué comme raison principale du placement. Quel que soit le motif principal de placement, il existe très fréquemment un grand nombre de facteurs associés.

Plus que l'âge ou le motif de placement, la fréquence des visites parentales, la qualité du travail social et le jugement de l'intervenant sur les capacités de la mère sont des facteurs qui permettent de prédire un retour plus ou moins rapide de l'enfant dans sa famille, et plus particulièrement au cours des premières années du placement.

Le handicap physique ou mental chez l'enfant, constitue un risque de placement certain, bien qu'il soit rarement invoqué comme motif principal. L'enfant handicapé semble demeurer plus longtemps en soins d'accueil et être soumis à des déplacements plus fréquents.

11- LE PLACEMENT, FACTEUR DE RISQUE?

Quotidiennement placés devant des décisions à prendre quant au placement d'enfants en soins d'accueil, les intervenants sociaux ne sont certes pas sans se poser de sérieuses questions quant aux répercussions de leurs décisions sur le bien-être futur de ces enfants.

Sans doute sont-ils en droit de demander aux chercheurs des réponses à leurs interrogations, des confirmations ou des infirmations de leurs intuitions:

- *Le placement a-t-il un impact négatif sur le développement cognitif de l'enfant? Sur son adaptation scolaire? Sur son équilibre émotif? Sur son comportement?*
- *Peut-on être assuré que le placement n'aura pas pour effet d'accentuer la gravité des séquelles qu'aura à subir l'enfant suite aux circonstances qui sont à l'origine du placement?*
- *L'âge de l'enfant au moment du placement est-il un facteur important par rapport à l'impact du placement sur son développement ultérieur?*
- *La prolongation de la durée du placement risque-t-elle d'augmenter les problèmes liés à cette situation?*

En résumé, l'enfant qui a vécu une période de sa vie en soins d'accueil est-il plus vulnérable qu'un autre qui, dans les mêmes circonstances, est demeuré dans sa famille naturelle?

2.1 *Difficultés et carences de la recherche sur l'impact du placement.*

Pour obtenir des réponses satisfaisantes à ces questions et pour évaluer l'impact véritable du placement (et non des conditions antérieures au placement) sur le développement ultérieur de l'enfant, l'étude longitudinale constitue à n'en pas douter le modèle de recherche idéal.

Un tel modèle implique l'évaluation d'un échantillon suffisamment important d'enfants au moment du placement et à diverses reprises pendant et après la période de placement. Pour être assuré que les changements observés sont effectivement reliés à la situation de placement et non, par exemple, au phénomène naturel de maturation, le modèle de recherche devrait également comporter un groupe-contrôle d'enfants possédant les mêmes caractéristiques mais demeurant dans leur famille naturelle.

Compte tenu de l'ampleur des ressources humaines et financières qu'implique une telle approche, il est peu surprenant que notre tour d'horizon de la littérature ne nous ait pas permis de découvrir l'existence de recherches qui répondent à toutes ces exigences.

En effet,

- *la plupart des recherches menées jusqu'à ce jour ne comportent qu'une seule évaluation de l'enfant à un moment donné de son séjour en soins d'accueil;*

- *les techniques de mesure utilisées sont souvent peu sophistiquées et laissent place à une bonne dose de subjectivité;*

- *la plupart des recherches sont rétrospectives et utilisent pour fins d'évaluation des dossiers qui n'ont pas été conçus à cette fin ou encore recourent à la mémoire des personnes impliquées;*

- *la taille de l'échantillon étudié est très souvent insuffisante pour permettre la généralisation des résultats obtenus;*

- *l'utilisation du groupe-contrôle est très rare.*

Tout en rapportant les résultats de quelques unes de ces recherches somme toute peu nombreuses, il nous est apparu plus intéressant et plus utile de nous arrêter plus longuement sur les résultats obtenus par FANSHEL et SHINN (15) dans le cadre d'une recherche longitudinale dont nous avons fait mention dans la première partie. On peut dire sans risque d'erreur qu'elle est la plus élaborée, la mieux construite et la mieux exécutée jusqu'à maintenant sur le sujet.

En effet, si l'on fait exception de l'absence du groupe-témoin, elle se rapproche du modèle idéal décrit plus haut:

- *Vaste échantillon de 624 enfants placés avant l'âge de 12 ans pour une période d'au moins 90 jours;*

- *Évaluation à 3 reprises au cours d'une période de 5 ans soit au TEMPS I (après 90 jours) au TEMPS II (après 2½ ans) et au TEMPS III (après 5 ans) que les enfants soient retournés dans leur famille naturelle ou demeurés en soins d'accueil;*

- *évaluation de l'effet du placement sur plusieurs aspects de l'évolution de l'enfant: développement cognitif, adaptation scolaire, développement psycho-social, etc.;*

- *utilisation d'instruments de mesure standardisés.*

2.2 *Placement et développement cognitif.*

Intéressés à connaître les facteurs qui influencent le développement intellectuel de l'enfant, psychologues et psychiatres se sont penchés sur le rôle que pouvait jouer la séparation mère-enfant.

Les premières recherches [GOLDFARD (1945), SPITZ (1949), BOWLBY (1951)] portaient sur des enfants vivant en milieu institutionnel et tendaient à démontrer que ces derniers se caractérisaient, entre autre, par un retard intellectuel, des difficultés spécifiques de langage et une incapacité de concentration. Ces caractéristiques étaient attribuées directement à la séparation mère-enfant et étaient considérées irréversibles.

Si ces travaux et en particulier la revue de la littérature faite par BOWLBY pour le compte de l'Organisation mondiale (5) de la santé ont provoqué des généralisations excessives, ils ont également suscité des recherches plus élaborées qui ont fait ressortir la complexité du phénomène et la multiplicité des facteurs en cause.

Les recherches ultérieures ont montré la nécessité d'établir des distinctions entre les divers types de séparation, plus ou moins longues, plus ou moins fréquentes;

- *entre la séparation (maternal separation) la carence de soins maternels (deprivation of maternal care) et les soins maternels par plusieurs personnes (multiple mothering);*

- *entre les effets de la séparation et ceux des expériences antérieures de l'enfant et des circonstances de la séparation.*

Le rôle des liens affectifs ou de l'attachement maternel sur le développement cognitif de l'enfant a donc été sérieusement remis en question.

Ainsi, TIZARD et REES (51) ont comparé les effets de l'adoption, du retour auprès de la mère et du maintien en milieu institutionnel sur un groupe d'enfants de 4½ ans qui avaient passé les 2 à 4 premières années de leur vie en institution. Il s'agissait d'institutions de qualité (personnel nombreux et équipement éducatif adéquat) mais où le roulement du personnel était considérable et où l'on n'encourageait aucunement les relations familières entre le personnel et les enfants.

Aucune évidence de retard intellectuel n'a pu être observée chez les enfants vivant encore en institution. Le retard qu'on avait noté à l'âge de 2 ans n'était plus perceptible, probablement

dû à une meilleure stimulation, notamment les conversations plus fréquentes avec les adultes et une diversification des expériences.

Par ailleurs, les chercheurs ont pu observer chez les enfants qui étaient retournés auprès de leur mère un niveau de développement cognitif moins élevé alors que la situation était inversée chez les enfants adoptés; les premiers étaient retournés dans un milieu moins stimulant au plan intellectuel que les enfants adoptés par des familles d'un niveau socio-économique plus favorisé.

Une réévaluation de ces enfants à l'âge de 8 ans n'a pu démontrer de retard significatif au plan intellectuel chez ceux qui avaient passé le plus grand nombre d'années en milieu institutionnel (jusqu'à 7 ans). Les enfants adoptés manifestaient encore un niveau de développement significativement plus élevé.

LES CHERCHEURS EN CONCLUENT QUE LE RETARD OBSERVE PAR GOLDFARB ET BOWLBY DANS LE DEVELOPPEMENT COGNITIF DES ENFANTS ELEVES EN INSTITUTIONS ETAIT RELIE A LA PAUVRETE DE STIMULATION INTELLECTUELLE PLUTOT QU'A LA SEPARATION COMME TELLE OU A LA CARENCE DE SOINS MATERNELS. ILS CONCLUENT EGALEMENT QUE LE RETARD, LORSQU'IL SURVIENT, N'EST PAS IRREVERSIBLE.

Ces résultats sont corroborés par ceux de FANSHEL et SHINN.(15) Ces derniers, bien que conscients des sérieuses critiques adressées à l'endroit de la validité des tests d'intelligence, ont décidé quand même de les utiliser à cause, d'une

part, de l'importance du développement intellectuel dans d'adaptation au milieu scolaire et, par la suite, dans l'intégration au marché du travail et, d'autre part, des difficultés quasi insurmontables d'utiliser d'autres instruments de mesure.

Trois tests* adaptés à l'âge des enfants ont été administrés à trois reprises au cours de la durée du programme de recherche.

AU TEMPS I, les chercheurs observent que:

- *les enfants placés se situent, en moyenne, 10 points sous la population qui a servi à la standadisation des tests;*

- *les différences etniques sont très faibles pour les nourrissons et les jeunes enfants mais significatives pour les enfants d'âge scolaire;*

- *il y a également des différences significatives dans les résultats selon la cause du placement; les enfants placés pour négligence et abus ont la moyenne de quotient intellectuel la plus faible alors que les enfants placés en raison de leur problème de comportement ou en raison de refus de leur mère d'en assumer la charge ont des scores plus élevés que la moyenne.*

La durée du placement est-elle reliée à une régression ou à une stagnation du fonctionnement cognitif ainsi que le laisse

---

* Cattell Infant Scale pour les enfants de 2 ans et moins, Minnesota Preschool Scale pour les enfants de 2 à 5 ans et Wecheler Intelligence Scale for Children (WISC) pour les enfants de 6 ans et plus.

entendre la littérature portant sur les conséquences de la séparation mère-enfant et sur la carence de soins maternels?

(15)

Sur ce plan, FANSHEL et SHINN ont pu observer chez les enfants qui demeurent le plus longtemps en soins d'accueil des gains significatifs au cours de la première période et ce, tant au plan verbal que non verbal.

Les chercheurs émettent l'hypothèse que les enfants qui retournent tôt dans leur famille naturelle y retrouvent souvent les mêmes conditions qui prévalaient au moment du placement alors que pendant ce temps, ceux qui demeurent placés bénéficient d'un milieu de vie stable et de modèles parentaux plus adéquats.

Deux autres facteurs paraissent liés de façon significative à un gain au plan non verbal; ce sont l'âge de l'enfant au moment du placement et les visites parentales.

L'interprétation de ces données reste incertaine. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'enfant plus âgé a été plus sensible aux difficultés vécues dans sa famille de sorte que le placement lui apparaît comme un soulagement ou une période de répit.

Le lien entre les visites parentales et le gain au plan intellectuel apparaît intéressant et les auteurs croient que ces visites ont un effet important sur le sentiment de bien-être de l'enfant avec qui les parents maintiennent les contacts.

Du TEMPS II au TEMPS III, la durée du placement cesse cependant d'être un facteur explicatif du changement de QI i.e. les enfants qui sont retournés à la maison se comportent aussi bien que ceux qui sont encore placés.

Par ailleurs, les chercheurs peuvent observer que les améliorations au QI observées au TEMPS II sont suffisamment importantes pour être encore significatives au TEMPS III. Les visites parentales sont également liées de façon significative à un gain au plan verbal cette fois.

Enfin, les chercheurs ont pu noter une relation entre un gain au plan cognitif et le caractère permissif ou démocratique des parents nourriciers et l'inexpérience du personnel des établissements. Dans ce dernier cas, ils émettent l'hypothèse que l'enthousiasme et l'ouverture d'esprit de jeunes intervenants peuvent être une source de stimulation pour les enfants placés en milieu institutionnel.

LES GAINS FAIBLES MAIS SIGNIFICATIFS OBSERVES DANS LE DEVELOPPEMENT COGNITIF DES ENFANTS PLACES EN SOINS D'ACCUEIL PENDANT UNE PERIODE DE 2 1/2 ANS A 5 ANS INCITENT LES CHERCHEURS A METTRE EN DOUTE LES EFFETS DOMMAGEABLES DU PLACEMENT A CE NIVEAU PRECIS.

2.3 *Placement et rendement scolaire*

OPERATION 30 000 INDIQUE QUE PARMI LES ETUDIANTS PLACES EN SOINS D'ACCUEIL:

- 46% N'ONT AUCUN RETARD SCOLAIRE
- 24% ONT UN RETARD LEGER (1 AN)
- 15% ONT UN RETARD MOYEN (2 ANS)
- 15% ONT UN RETARD GRAVE (3 ANS)

On peut penser que l'enfant qui a vécu une situation problématique et qui expérimente une séparation radicale de son milieu naturel est susceptible de voir diminuer son rendement scolaire. Par ailleurs, vu sous un autre angle, un séjour en soins d'accueil pourrait au contraire avoir pour effet de diminuer l'anxiété liée à cette situation problématique et augmenter le niveau des résultats scolaires.

FANSHEL et SHINN (15) ont vu dans la recherche longitudinale l'occasion de combler l'absence de recherche sur le sujet et de répondre aux interrogations concernant:

- *le niveau de rendement scolaire au moment de l'arrivée en soins d'accueil;*
- *la tendance observée au cours des années de placement;*
- *le rendement des enfants placés pendant 5 ans par rapport à celle des enfants placés pendant une courte période;*

- *l'existence des variables permettent de prédire les résultats scolaires.*

Nous ne nous arrêterons pas à la méthodologie assez complexe utilisée pour évaluer le rendement; notons que les données ont été obtenues auprès des professeurs et que deux index ont été construits, l'un destiné à mesurer le degré de réussite en soi et l'autre le niveau atteint par rapport à la moyenne obtenue par les enfants du même âge.

Les chercheurs ont pu observer que:

- *le rendement scolaire de la majorité des enfants placés en soins d'accueil (de même que ceux qui sont retournés dans leur famille) se situe à un niveau inférieur à la moyenne pour leur âge, soit 59% au TEMPS I, 55% au TEMPS II et 52% au TEMPS III;*

- *les enfants de 6 à 9 ans placés en soins d'accueil avant leur entrée à l'école ont tendance à obtenir de meilleurs résultats scolaires que les enfants élevés dans leur famille;*

- *cinq ans après la première évaluation, la majorité des enfants se situent toujours sous le niveau normal pour leur âge mais l'écart est substantiellement réduit; les gains sont particulièrement manifestes au cours des dernières années;*

- *le rendement scolaire s'est amélioré chez 58% des enfants et a diminué chez 32%;*

- *les facteurs qui semblent avoir une influence positive sur le rendement scolaire sont: les gains au plan du fonctionnement cognitif, l'âge et le sexe (jeune fille) l'absence de problème de développement au cours de la première enfance;*

- *durée et motif du placement, nombre de placements, contacts avec le travailleur social non plus que le statut socio-économique ou les visites parentales n'apparaissent cependant comme des facteurs liés au niveau du rendement scolaire.*

LES DONNEES RECUEILLIES PAR FANSHEL ET SHINN PERMETTENT DE CONCLURE QU'UN PLACEMENT D'ASSEZ LONGUE DUREE PEUT PERMETTRE A DES ENFANTS AYANT VECU DES SITUATIONS PROBLEMATIQUES D'AMELIORER LEUR RENDEMENT SCOLAIRE ET DE DIMINUER L'ECART QUI LES SEPARE DES ENFANTS DE LEUR AGE.

Une question importante demeure aux yeux des chercheurs de savoir pourquoi un délai si long est nécessaire avant que n'apparaissent certains progrès. Ils suggèrent que la recherche s'oriente vers l'expérimentation de programme de support permettant aux enfants placés de surmonter leurs carences au plan cognitif et d'atteindre plus rapidement un niveau équivalent à celui des enfants de leur âge.

2.4 *Placement et développement psycho-social.*

Déjà au cours des années '50 BOWLBY soulignait (5) que la séparation mère-enfant pouvait avoir des conséquences désastreuses au plan du développement psycho-social de l'enfant. Il soulignait plus particulièrement le risque de voir se manifester chez lui le syndrome de la carence affective ("effectionless psychopathy").

(28)
A leur tour, MAAS et ENGLER notèrent que les enfants placés en soins d'accueil voyaient augmenter leurs problèmes émotifs avec la prolongation du placement et que les séquelles de ses problèmes pouvaient se manifester très longtemps sinon tout au cours de la vie adulte.

(29)
Une étude de MEIER portant sur un groupe d'adultes ayant vécu en soins d'accueil révèle un taux d'échec matrimonial beaucoup plus élevé chez ces derniers que dans la population générale du même âge (11,6% pour les femmes et 14,3% pour les hommes ayant déjà été placés comparativement à 5,1% et 3,8% dans la population en général). MEIER observe également un taux de naissance illégitime de même qu'un taux de délinquance significativement plus élevés parmi cette population que dans la population en général.

(30)
Une vaste étude épidémiologique de SWIRE et KAVALER menée en 1973-74 auprès de jeunes new yorkais placés en foyers nourriciers mettait en évidence le fait que seulement 4% de ces derniers ne manifestaient aucun symptôme de santé mentale déficiente.

Selon les données de cette étude, il n'y a pas de relation entre l'âge, le sexe, le groupe ethnique, l'éducation de la mère naturelle et le niveau socio-économique de l'enfant d'une part et l'état de santé mentale d'autre part.

Cependant les facteurs à l'origine du placement ont une incidence sur l'état de santé mentale: les enfants placés en

raison d'abus ou de négligence grave manifestent une détérioration nettement plus élevée que la moyenne alors que les enfants placés en raison de la maladie physique ou de l'incapacité de la mère sont les moins affectés. Enfin, si les chercheurs identifient des problèmes émotifs graves chez 37% des enfants qui en sont à leur premier placement, le taux monte à 50% chez ceux qui ont subi 3 placements ou plus.

Quelques recherches récentes ont apporté un éclairage intéressant sur l'importance du lien de l'enfant avec une personne significative dès la plus tendre enfance relativement à sa capacité d'établir ultérieurement des relations avec autrui.

TIZARD et REES (51) ont pu observer que des enfants de 2 ans élevés en milieu institutionnel étaient à la fois plus affectueux et plus diffus dans leur attachement que les enfants élevés dans leur famille. A 4 ans, ces mêmes enfants étaient encore plus affectueux tout en ayant des relations très superficielles avec les adultes; au surplus, ils cherchaient manifestement à attirer l'attention et manifestaient une grande familiarité avec les étrangers. A l'âge de 8 ans, moins de la moitié des enfants éprouvaient un attachement significatif à la "mère de groupe" alors qu'ils recherchaient pourtant plus que les autres l'affection d'autrui.

A l'école, ces chercheurs ont pu observer des différences sensibles entre ce groupe et ceux du groupe-contrôle: ils

cherchaient là aussi à attirer l'attention, ils étaient moins obéissants, plus agités et moins populaires.

(12)
DIXON a pu observer les mêmes comportements chez un autre groupe d'enfants élevés en institution depuis la première année de leur vie: approches répétées auprès des professeurs et des pairs pour attirer l'attention, insuccès de ces tentatives dû aux moyens peu appropriés utilisés. Toutefois, des enfants ayant les mêmes caractéristiques mais qui avaient vécu dans des familles nourricières manifestaient relativement moins de problèmes sociaux et émotifs.

(53)
TIZARD et HODGES ont également pu observer que des enfants adoptés après l'âge de 4 ans réussissaient à établir des liens profonds avec des parents adoptifs malgré l'absence de liens antérieurs; ces enfants éprouvaient toutefois à l'école les mêmes problèmes d'attention et de relations sociales que les enfants qui vivaient toujours en institutions.

(37)
Dans une étude longitudinale PALMER a noté les changements survenus chez 200 enfants placés en soins d'accueil après l'âge de 3 ans pour une durée minimum de 5 ans. Au cours de cette période, PALMER a pu observer une diminution des problèmes de comportement et peu de changement au niveau des problèmes émotifs bien que la moitié des enfants qui manifestaient de graves problèmes émotifs au moment de l'entrée semblaient moins perturbés au terme de l'étude.

(41)

Une étude de REICHERTZ portant sur 355 enfants placés en milieu résidentiel avait pour objectif principal de déterminer l'effet d'une période de résidence en institution sur le développement cognitif, social et émotif. En général, les données indiquent que les enfants pris en charge continuent à se développer normalement. Certains font des progrès marqués et plus particulièrement ceux qui sont les plus perturbés. Toutefois, aucune évaluation de l'état psychologique des jeunes n'avait été faite au moment de leur admission en institution.

Toutes ces recherches, outre qu'elles définissent avec plus ou moins de rigueur ce qu'est la santé mentale ou l'"adaptation émotive" ne permettent malheureusement pas d'établir si les difficultés observées sont reliées à la séparation, au placement comme tel ou encore à la situation antérieure au placement. Dans l'ensemble, elles illustrent assez bien les difficultés notées plus haut.

(15)

FANSHEL et SHINN, en adoptant une approche longitudinale, ont voulu éviter ces problèmes particuliers et connaître à la fois l'état psycho-social des enfants au moment du placement et leur évolution au cours d'une période de 5 ans, qu'ils demeurent en soins d'accueil ou qu'ils soient retournés dans leur famille naturelle.

* * * *

Deux tests psychologiques* administrés aux enfants de 8 ans et plus au moment du placement (TEMPS I) et 2½ ans plus tard (TEMPS II) et des évaluations cliniques ont permis à ces chercheurs de dégager certaines conclusions:

- *près du tiers des enfants manifestent un niveau élevé de conflit interne; une même proportion d'enfants semblent immatures et près de la moitié manquent de confiance; moins de 15% manifestent un manque total de cohésion familiale;*

- *au TEMPS I, on observe plus de symptômes de mésadaptation chez les enfants placés en raison de leur propre comportement que chez les autres; la différence disparaît toutefois au TEMPS II;*

- *d'après les évaluations cliniques, 52% des enfants se sont maintenus dans la catégorie "normal", 25% ont progressé vers cette catégorie alors que 24% se sont maintenus dans les catégories "douteux" ou "anormal" ou y ont régressé;*

- *aucune relation n'apparaît entre les changements mesurés par les tests ou les évaluations cliniques et la durée du placement.*

* * * *

A l'aide d'un instrument standardisé, le Child Behavior Characteristics (CBC), FANSHEL et SHINN (25) ont observé le comportement des enfants placés (à l'exclusion de ceux qui étaient de retour dans leur famille).

---

* GOODENOUGH DRAW-A-MAN TEST et MICHIGAN PICTURE TEST.

Du TEMPS I au TEMPS II:

- *au TEMPS II, les travailleurs sociaux perçoivent chez les enfants plus de méfiance, d'émotivité et de tension; ils sont moins aimables, plus renfermés;*

- *du TEMPS II au TEMPS III, il y a diminution significative de la vivacité d'esprit et encore une fois les enfants sont perçus comme étant plus hostiles, défiants et renfermés tout en étant moins actifs;*

- *pour l'ensemble de la période de 6 ans, on observe que les enfants deviennent moins sympathiques, moins aimables, plus méfiants, plus renfermés; les travailleurs sociaux décèlent également des difficultés au plan de la sexualité, précocité ou inhibition.*

GLOBALEMENT, IL RESSORT QUE LES PROBLEMES DE COMPORTEMENT S'ACCROISSENT AVEC L'AGE ET LE TEMPS PASSE EN SOINS D'ACCUEIL.

FANSHEL et SHINN ont également cherché à connaître les facteurs qui pouvaient expliquer les changements observés dans les comportements des enfants à chacune des étapes.

Ils ont pu noter que:

- *du TEMPS I au TEMPS II, deux variables paraissent jouer un rôle particulièrement important sur les changements positifs dans le comportement de l'enfant: le jeune âge au moment de l'entrée en soins nourriciers et les visites parentales;*

- *pour l'ensemble de la période de 6 ans, l'évaluation positive de la mère par le travailleur social de même que la fréquence des visites parentales sont deux variables qui ont une relation significative avec les améliorations notées dans le comportement de l'enfant;*

- *le climat intellectuel créé par les parents nourriciers apparaît également comme une variable-clé pour expliquer les changements positifs chez l'enfant;*

- *l'enfant placé dans une famille de type démocratique et permissif apparaît moins défiant et moins hostile*;*

- *les chercheurs ont observé chez les enfants qui ont expérimenté plusieurs déplacements une nette tendance à la non-motivation, au repli sur soi et à l'irresponsabilité; ils soulignent toutefois qu'il n'est pas possible d'établir si les déplacements sont à l'origine de ces difficultés ou l'inverse;*

- *enfin, fait assez étonnant, on a observé plus de changements positifs dans le comportement de jeunes placés en milieu institutionnel sous la responsabilité d'un personnel plus jeune et moins expérimenté que chez ceux qui étaient sous la responsabilité d'un personnel plus âgé et plus expérimenté.*

FANSHEL et SHINN *(15)* ont cherché à connaître comment l'enfant fait face à cette expérience de placement qui exige de lui un effort d'adaptation important.

De l'avis même des chercheurs, ce sujet important pour la pratique mériterait qu'on s'y attarde davantage. Les données recueillis ne sont que des pistes étant donné la faiblesse des outils et le flou des concepts.

---

* Il peut être intéressant de rapprocher cette observation des résultats d'une étude de BEDARD et LEMMENS *(3)* indiquant que les jeunes placés en famille d'accueil, plus que ceux qui demeurent dans leur famille naturelle, perçoivent un contrôle rigide de la part des parents nourriciers et particulièrement de la mère.

- *Il n'est pas apparu que l'enfant éprouvait un traumatisme important au moment de l'entrée; les réactions intenses au moment de la séparation apparaissent le fait d'une minorité;*

- *les enfants placés plus jeunes en soins d'accueil (avant l'âge de 2 ans) s'adaptent mieux à la situation que les enfants plus âgés qui ont déjà reçue les soins de leur parents;*

- *toute la question de la place respective qu'occupent les parents naturels et les parents nourriciers et des conflits auxquels l'enfant est confronté n'a pu être élucidée. On ne sait s'il est plus dommageable pour l'enfant d'avoir à affronter de tels conflits ou de se voir délaissé par ses parents naturels tout en considérant davantage le foyer nourricier comme sa*

* * * * *

Au terme de l'étude, les parents des enfants retournés dans leur famille de même que les travailleurs sociaux responsables des enfants toujours en soins d'accueil indiquèrent à l'aide de listes pré-établies les comportements symptomatiques observés chez les enfants.

On observe chez les enfants plus âgés un plus grand nombre de comportements symptomatiques que chez les plus jeunes, ce qui peut paraître normal compte tenu que le répertoire des conduites symptomatiques augmente avec l'âge de l'enfant. A

noter qu'il n'apparaît pas que l'enfant placé en raison de son propre comportement éprouve plus de difficulté qu'un autre après 5 ans.

Les chercheurs s'interrogent toutefois à savoir si ces difficultés sont inévitables. De l'ensemble des données, il apparaît plutôt que l'enfant qui est placé très jeune en soins d'accueil et qui y vit dans une certaine stabilité peut atteindre l'adolescence sans problème manifeste comparativement à l'enfant qui entre dans le système au cours de la période de latence ou dans la première adolescence.

2.5 *La réaction des parents face au placement.*

Nous terminons cette revue des facteurs de risques liés au placement en soins d'accueil par une brève revue des conclusions de la recherche de VACHON[55] sur la réaction des parents face au placement.

Aucune recherche n'a été faite sur la réaction parentale au placement de l'enfant sauf celle de JENKINS et NORMAN[21]. Or, ainsi que le souligne VACHON, la connaissance de cette réaction est importante par rapport à la réintégration éventuelle des enfants dans leur famille.

JENKINS et NORMAN émettaient l'hypothèse que le placement de l'enfant hors de sa famille pouvait amener une fermeture de

sa famille sur elle-même, fermeture qui se traduisait par une absence de place psychologique et physique pour le retour de l'enfant.

Les données recueillies par JENKINS et NORMAN tout comme celles recueillies par VACHON permettent d'affirmer, entre autre, que:

- *la tristesse est le sentiment prédominant chez tous les parents; pour les mères, la nervosité, l'inquiétude et la solitude sont les sentiments les plus fréquemment ressentis; les pères expriment les mêmes sentiments mais avec une fréquence moins élevée sauf pour l'inquiétude;*

- *les sentiments éprouvés varient selon les circonstances du placement. Ainsi, tristesse et colère sont exprimées par la mère dont l'enfant est placé sur un ordre de la Cour alors que le soulagement est exprimé par celle dont l'enfant est placé par le Service social;*

- *les mères appartenant à niveau socio-économique plus élevé éprouvent plus que les autres un sentiment de soulagement face au placement de leur enfant;*

- *dans le cas d'un placement dû au comportement de l'enfant, les mères se sentent reconnaissantes et soulagées alors que la colère et la confusion s'expriment dans le cas des placements en raison d'abus et de négligence;*

- *l'analyse factorielle des sentiments et de l'objet de ces sentiments permet de constater que les mères montréalaises sont aussi bouleversées émotionnellement que les mères new-yorkaises cependant que leur agressivité est plus diffuse; les pères, dans les deux études, sont ouvertement agressifs vis-à-vis les organismes de placement tout en étant soulagés par rapport au bien-être de leur enfant;*

- *quant au changement de sentiments exprimés par la majorité des parents, il est positif; il est dû, selon les parents aux bénéfices retirés par l'enfant, à leur propre attitude de résignation face à la situation et enfin au retour de l'enfant. JENKINS s'interroge toutefois sur la signification profonde de ce changement qui pourrait être un indice du détachement face à l'enfant;*

- *fait à signaler, dans les six mois qui ont suivi le placement, 41% des mères montréalaises (45% dans l'étude new-yorkaise) ont déménagé et plus du tiers des familles n'ont plus de place pour le retour de l'enfant (50% dans l'étude américaine). En outre, 19% des mères ont commencé à travailler.*

Somme toute, les dernières études recueillies sur la réaction des parents face au placement de leurs enfants permettent de constater qu'il s'agit d'un phénomène extrêmement complexe qui risque d'avoir des effets sérieux tant sur la durée du placement que sur le succès de la réinsertion du jeune. La connaissance de ces réactions devrait amener des actions auprès des parents (support, information, plan de retour, etc.).

RESUME

Les recherches sur le développement de l'enfant placé en soins d'accueil demeurent peu nombreuses et les faiblesses méthodologiques qu'on y observe en limitent l'utilisation.

La recherche plus rigoureuse de FANSHEL et SHINN (15) indique toutefois des pistes intéressantes tant pour les chercheurs que pour les cliniciens.

Ainsi,

- *au moment du placement, les enfants se situent, au plan cognitif, sous la moyenne observée pour les enfants du même âge; ce phénomène n'est toutefois pas irréversible et des progrès sensibles sont réalisés particulièrement au cours des premières années du placement;*

- *le placement peut également permettre à des enfants ayant vécu des situations problématiques d'améliorer leur rendement scolaire et de diminuer l'écart qui les sépare des enfants de leur âge;*

- *au plan du comportement, il semble toutefois que les problèmes s'accroissent avec l'âge et le temps passé en soins d'accueil. Cependant, l'ensemble des données permet de croire que l'enfant placé très jeune en soins d'accueil et bénéficiant d'une certaine stabilité peut atteindre l'adolescence sans manifester de problèmes majeurs;*

- *le maintien des contacts entre l'enfant placé et ses parents apparaît comme le facteur exerçant la plus grande influence sur le bien-être général de l'enfant;*

- *la réaction des parents au placement de l'enfant est un phénomène complexe qui risque d'avoir des effets importants sur la durée du placement et sur la réinsertion du jeune dans sa famille maternelle.*

CONCLUSION

Les enfants que l'on retrouve en soins d'accueil proviennent majoritairement des milieux socio-économiques défavorisés. On peut croire qu'un relèvement général des conditions de vie de ces familles permettrait d'éliminer un certain nombre de facteurs de risque de placement. Quels que soient les motifs de placement qu'ils aient identifiés, les chercheurs sont d'ailleurs unanimes à recommander l'adoption de mesures financières comme moyen de prévention; la multiplication des services de support, garderies et services à domicile en particulier, permettrait à certains enfants de demeurer dans leur famille.

En dépit de toutes les mesures préventives qui pourraient être mises en oeuvre, le placement en soins d'accueil demeurera sans doute l'unique solution pour répondre temporairement aux besoins de certains enfants.

Le placement doit alors se faire dans des conditions permettant d'en minimiser les effets néfastes pour le bien-être de l'enfant.

Ainsi que le souligne KADUSHIN (24) dans une récente revue de la littérature, la recherche qui devrait fournir aux intervenants sociaux les outils nécessaires pour identifier ces

conditions a fait très peu de progrès au cours de la dernière décade; tout au plus a-t-elle permis de connaître avec un peu plus de précision les pistes sur lesquelles devraient s'engager les chercheurs.

Trois thèmes de recherche apparaissent de première importance pour la pratique sociale:

- *le rôle des parents naturels par rapport à l'impact positif ou négatif que peut avoir le placement sur le développement de l'enfant et sur son bien-être; les résultats de recherche laissent voir l'importance des visites parentales sur ce plan mais ne permettent pas de connaître les facteurs qui incitent les parents à maintenir ou à couper les contacts avec leurs enfants;*

- *les placements multiples qui ne peuvent avoir qu'un effet négatif sur le développement de l'enfant et sur son sens de l'identité constituent également un phénomène complexe qui n'a pas encore été étudié en profondeur;*

- *enfin, si un certain nombre d'enfants peuvent sortir de l'expérience du placement en familles d'accueil sans en être irrémédiablement marqués, la qualité des parents nourriciers peut certes être un facteur important; là aussi la recherche pourrait apporter un éclairage utile.*

LOUISE GARANT
Août 1980
Service des synthèses
de recherche/dd

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ARCLES, P. "Youth Protection and the 'Pinball' Children", INTERVENTION, no 57, Hiver 1980 (9-12).

2. BEAUDRY, J., BOUCHARD, C., BOUCHARD, S., LONGUAL, J., "Evaluation d'un programme de formation offert à des familles d'accueil pour enfants", Montréal 1980, pagination multiple.

3. BEDARD, D., LEMMENS, M., "Attitudes des parents et fonctionnement des enfants", Centre de services sociaux de l'Estrie, septembre 1978, 173 pages.

4. BOHMAN, M. (1971) "A Comparatives Study of Adopted Children, Foster Children and Children in their Environment".

5. BOWLBY, J. "Maternal Care and Mental Health", monograph series, no 2, Geneve, O.M.S. 1951.

6. BOUTIN, V.C. "Etude comparative des statistiques de placements d'enfants au Québec et en Ontario", Administration hospitalière et sociale, Québec, octobre 1974.

7. BRADLEY, S.J. "The Relationship of Early Maternal Separation to Borderline Personality in Children and Adolescents: A Pilot Study", American Journal of Psychiatry, 136:4A, April 1979, p. 424-246.

8. BUSH, Malcolm, "A Client Evaluation of Foster Care", Dissertation Abstracts International, 1977, January, Volume 37 (7A0.

9. CAMPBELL, Suzan, B., SIMON, Richard, WEITHORM, Lois, KRIKSTON, Daniel, CONNOLLY, Kathlenn, "Successful Foster Homes Need Parent-Child Match". Journal of Social Welfare, Fall/Winter, 1979-80, pp. 49-60.

10. CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA, "Foster Care in Question" New York 1972, 275 pages.

11. DINNAGE, R., KELLMER PRINGLE, M.L., "Foster Home Care, Facts and Fallacies", The National Bureau for Cooperation in Child Care, Great Britain, 1967, 268 pages.

12. DIXON, P. Document en préparation, cité par RUTTER, M. Maternal Deprivation, 1972-78:"New Findings New Concepts, New Approaches", 1979.

13. FANSHEL, David, "Status Changes of Children in Foster Care: Final Results of the Columbia University Longitudinal Study", Child Welfare, Volume LV, No 3, March 1976.

14. FANSHEL, D. "Children Discharged from Foster Care in New York City: Where to - When - At What Age?", Child Welfare, Volume LVII, Number 8, 1978, p. 467-483.

15. FANSHELL, David, SHINN, Eugene B., "Children in Foster Care" Columbia University Press, 1978, 520 pages.

16. FREUD, A. GOLDSTEIN, J. SOLNIT, A., "Beyond the Best Interests of the Child", New York: Free Press, 1973.

17. GIL, David G., "Institutions for Children", dans Children and Decent People, Edited by Alven L. SCHORR, London Georges ALLEN and Unwin Ltd. Great Britain, 1975, 222 pages.

18. GEORGE, V. "Foster Care, Theory and Practice", Routledge and KEGAN, Paul, London, 1970, 251 pages.

19. GRUBER, Alan R. "Children in Foster Care: Destitute, Neglected... Betrayed", Human Science Press, New York, 1978, 226 pages.

20. HEPWORTH, H.P. "Foster Care and Adoption in Canada", Canadian on Social Development, Ottawa 1980, 243 pages.

21. JENKINS, S. NORMAN, E., "Filial Deprivation and Foster Care", New York, Columbia University Press, 1972.

22. JENKINS, S., SAUBER, M., "Paths to Child Placement", New York The Community Council of Greater New York, 1966 p. 62-66.

23. KADUSHIN, A., "Child Welfare" dans MAAS, H.S. (ed) Research in the Social Services, N.A.W. New York, 1971, p. 33.

24. KADUSHIN, A., "Children in Foster Families and Institutions", dans MAAS, H.S. (ed) Social Service Research: Reviews of Studies, National Association of Social Workers, Washington, D.C. 1978, p. 90 à 148.

25. KELLEMER PRINGLE, Mia "The Needs of Children", Hutchinson Educational Ltd, London, 1975.

26. MAAS, H.S., ENGLER, R. "Children in Need of Parents", New York Columbia University Press, 1959.

27. MAGURA, Stephen, "Trend Analysis in Social Work Research and Abstracts", National Association Social Workers Inc. p. 29-36.

28. MALUCCIO, Anthony, N., MARLOW, Wilma D., "Residential Treatment of Emotionaly Disturbed Children: A Review of the Literature"., Social Service Review, no 2, 1972, p. 230-251.

29. MEIER, E.C. "Current Circumstances of Former Foster Children" Child Welfare, 44, 1965, p. 196-206.

30. MEIER, E.C. "Adults Who Where Foster Children", 1966, p. 16-22.

31. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport statistique, Service des surpaiements, division de l'assistance financière, janvier 1975.

32. MURPHY, H.B.M., "Foster Home Variables and Adult Outcomes" Mental Hygiene, 48, 1964, p. 587-599.

33. OPERATION 30 000, Cahier synthèse, Bureau de l'éditeur officiel du Québec, Québec 1979.

34. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, "Pour une approche des soins de la santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque",Genève 1978.

35. O'ROURKE, Alice M. "The Psychological Caracteristics of Mothers whose Children are in Foster Boarding Home Care as Compared with other Mothers whose Children are at Home with them", Dissertation Abstracts International, 1976, Septembre, Volume 37 (3-A).

36. PALMER, S. "Children in Long-Term Care: their Experiences and Progress", Canada: Family and Children's Services of London and Middlexsen, August 1976.

37. PALMER, S.E. "Predicting Outcome in Long-Term Foster Care", Journal of Social Service Research, Volume 3 (2) Winter 1979.

38. PHILLIPS, Michael H., SHYNE, Ann W., SHERMAN, Edmund A., HARING, Barbara L., "Factors Associated with Placement Decisions in Child Welfare", Research Center Child Welfare League of America,Inc. 1971, 89 pages.

39. RAPPORT DE LA Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, LES SERVICES SOCIAUX, Tome I, Gouvernement du Québec, 1972.

40. RAPPORT DU COMITE D'ETUDE SUR LA READAPTATION des enfants et adolescents placés en centre d'accueil, Gouvernement du Québec.

41. REICHERTZ, D. "Les soins en milieu résidentiels" Université McGill, Montréal 1978, 549 pages.

42. REIN, Martin, NUTT, Thomas, E., WEISS, Heather, "Foster Family Care: Myth and Reality" dans Children and Decent People, Edited by Alvin L. SCHORR, London Georges Allen and Unwin Ltd, Great Britain 1975, 222 pages.

43. RIVET-SABOURIN, Laurence, "Etude évaluative du programme de placement d'enfants", Québec, Ministère des Affaires sociales, août 1975.

44. RIVET-SABOURIN, Laurence, "Le placement d'enfants en familles d'accueil au Québec: bilan et prospective", Rapport 2, Québec, Ministère des Affaires sociales, mars 1976.

45. RUTTER, Micheal, "Maternal Deprivation","1972-78: New Findings, New Concepts, New Approaches" Child Development, Volume 50, number 2 June 1979, pp. 283-305.

46. RUTTER, M. "Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage", dans KENT, M.W. et ROLF, Jon. E. (ed), Primary Prevention of Psychopathology, Volume III, Social Competence in Children, University Press of New England, New Hamphire, 1979, p. 49-74.

47. SHAPIRO, Deborah, "Agencies and Foster Children", Columbia University Press, New York 1976, 216 pages.

48. SHYNE, Ann W. "The Need for Foster Care",Child Welfare League of America, New York 1969.

49. STONE, Helen B. "Reflexions on Foster Care: A Report of a National Survey of Attitudes and Practices", New York, Child Welfare League of America, 1969.

50. SWIRE, Margaret R. and KAVALER, F. "The Health Status of Foster Children", Children Welfare, Volume LVI, No 10, December 1977.

51. TIZARD, B., REES, J. "A Comparison of the Effects of Adoption, Restoration to the Natural Mother and Continued Institutionalization on the Cognitive Development of four-year-old Children", dans Child Development 1974.

52. TIZARD, B., REES, J. "The Effect of Early Institutional Rearing on the Behavior Problems an Affectional Relationships of four-year-old Children", Journal of Child Psychology and Psychiatry,1975, 16, 61-74.

53. TIZARD, B., HODGES, J. "The Effect of Early Institutional Rearing on the Development of eight-year-old Children", dans Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1978, 19, 99-118.

54. TORCZYNER, J., PARE, Arleen, "The Influence of Environmental Factors on Foster Care", Social Service Review, September 1979, pages 358-376.

55. VACHON, J. "Les parents face au placement"(en collaboration avec GAUTHIER, J. et LABRECHE, J.), Université de Sherbrooke et Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, 1978, 215 pages.

56. WALKER, C.W., "Separation and Object Loss: The Plight of the Foster Child", dans Roberts, A.R. (ed) Childhood Deprivation, Charles C. Thomas, Illinois, 1974, 209 pages.

57. WEINSTEIN, E.A. "The Self-Image of the Foster Child", Russell Sage Foundation, New York, 1960, 80 pages.

58. WOLKIND, S., RUTTER, M. "Children who have been "in Care" - an Epidemiological Study", Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1973, 14 97-105.

59. YARROW, Leon J. "Separation from Parents During Early Childhood", dans Review of Child Development Research, Volume 1, Publié par: Hoffman Martin et Hoffman, Lois Wladis. Russell Sage Foundation, New York 1964, 547 pages.

LE DEVENIR DES ENFANTS MALTRAITES
REVUE DE LA RECHERCHE

Louise GARANT
Ministère des Affaires sociales
Service des synthèses de recherche
Janvier 1981

INTRODUCTION

De façon sporadique, les media font état d'un "incident" qui rappelle l'existence du phénomène de l'enfance maltraitée. Si nous avons longtemps cru qu'il s'agissait là de faits isolés, l'intérêt croissant des divers spécialistes de l'enfance et l'information plus largement diffusée ont tôt fait de nous ramener à une plus juste vision de la réalité.

Les chercheurs ne sont pas restés indifférents au problème ainsi qu'en témoigne le nombre impressionnant d'articles de revues spécialisées dans les diverses disciplines des sciences médicales et des sciences humaines, les revues de la littérature et les bibliographies imposantes.

Au cours des quinze ou vingt dernières années les travaux de recherche se sont en effet multipliés, particulièrement aux Etats-Unis. HELFER, KEMPE, MARTIN, GIL, GREEN, (Etats-Unis), SMITH (Angleterre) STRAUS et MANCIAUX (France) sont les noms les plus fréquemment cités. Au Québec, le docteur Gloria JELIU, directrice de la Clinique de protection de l'enfance de l'hôpital Ste-Justine poursuit depuis quelques années déjà ses recherches dans le domaine.

* * * * * *

Sans entreprendre ici un examen exhaustif des multiples définitions, plus ou moins larges, qui ont été données des

mauvais traitements aux enfants, rappelons que le terme "mauvais traitements" est générique et englobe :

- l'*abus* qui réfère à un acte non accidentel, commis par un parent ou une personne responsable d'un enfant, et qui cause ou menace de causer du tort à la santé physique ou mentale de cet enfant ou à son bien-être; ou distingue entre l'abus physique, l'abus psychologique, l'abus sexuel et l'abus verbal;

- la *négligence* qui réfère à un acte omis, plus spécifiquement au défaut d'un parent ou d'une personne responsable d'un enfant de lui assurer un niveau de soins propre à satisfaire ses besoins primaires: nourriture, logement, vêtement, hygiène, soins médicaux, surveillance.

Dans l'introduction à une vaste bibliographie publiée par KALISCH[1], HELFER définit l'abus et la négligence comme "any interaction or lack of interaction between a caregiver and child which results in non-accidental harm to the child's physical and / or developmental state".

Dans le tableau de la page suivante, HELFER situe par ailleurs le problème de l'abus et de la négligence dans une perspective d'ensemble qui en fait voir toute la complexité.

Dans un premier temps, les chercheurs ont tenté d'identifier les caractéristiques des parents abusifs et les facteurs

---

(1) KALISCH, B.J., Child Abuse and Neglect, An annotated bibliography, Greenwood Press, 1977, p. XX et ss.

PUTTING ABUSE AND NEGLECT INTO PERSPECTIVE

Classification: Problems with Parent-Child Interaction

Definition: Any *interaction* or *lack of interaction* between a *caregiver* and *child* which results in *non-accidental* harm to the child's *physical* and/or *developmental* state.

RELATED CAUSES (PARENTS):

Deficits in ECD*
Mental Illness
Mental Retardation
Fanaticism

±

Serious Personal and/or Ecological Crises such as:
- Physical Illness
- Difficult Child - real or perceived
- Substance Abuse
- Wife Abuse
- Separation from mate
- Legal problems
- Poverty/wealth

*ECD = Early Child Development

THIS RESULTS IN (CHILD):

Severe Developmental Deficits in child

Trust | Self-Image | Needs Met | Rights of Others | Priority Setting | Feelings vs. Action | Touching

THIS IS MANIFEST BY (CHILD):

Physical Abuse	Run Away	Delinquency
Physical Neglect	Habit Disorder	Mental Illness
Failure to Thrive	Behavior Disorder	Substance Abuse
Hyperactivity	Physical Illness	Etc.
Learning Disorder	Retardation	Etc.

THIS RESULTS IN (ADOLESCENT):

Pre-parent with Serious Deficits
Inability to Cope with Normal Stresses of Adolescence
Bizarre Mate Selection
Problem-solving Pregnancy

THIS IS MANIFEST BY (PARENTS):

See Related Causes Above

CYCLE STARTS OVER

qui, tant chez les parents que chez les enfants et dans l'environnement, risquaient d'entraîner l'abus ou la négligence. On estimait qu'une meilleure connaissance des facteurs étiologiques des comportements abusifs chez l'adulte favoriserait à la fois une meilleure prévention de ces comportements et un traitement plus efficace des cas dépistés.

Par ailleurs, si aucun chercheur n'a jamais soutenu que les effets les plus significatifs des mauvais traitements ou d'un environnement abusif pouvaient se mesurer à la gravité des blessures physiques, peu nombreux sont ceux qui, jusqu'à ces dernières années, ont cherché à identifier ce qu'il fallait prévenir outre les mauvais traitements eux-mêmes. On doit en effet se rendre à l'évidence que la recherche nous dit encore peu de chose sur le DEVENIR des enfants victimes d'abus ou de négligence.

- *Quels effets l'abus et la négligence ont-ils sur la santé physique de l'enfant?*
- *Quels effets ont-ils sur son développement cognitif, émotif, social? sur son comportement?*
- *Quel type d'adolescent, d'adulte devient l'enfant qui a connu des mauvais traitements au cours de sa petite enfance?*
- *Existe-t-il des thérapies ou d'autres moyens pour effacer les séquelles des mauvais traitements ou la situation est-elle irréversible?*

Voilà autant de questions que l'on doit se poser et auxquelles nous avons cherché des réponses ou des éléments de réponses dans les résultats de recherches récentes.

* * * * *

On ne peut manquer ici de souligner les difficultés inhérentes à ce type de recherches.

- *Il y a d'abord la nécessité de suivre des enfants victimes de sévices pendant une période suffisamment longue pour permettre de connaître non seulement les effets à court terme mais également les effets à plus long terme. Or, ceci pose des difficultés parfois insurmontables; un chercheur note par exemple que cinq ans après l'hospitalisation, 33% des enfants sont introuvables. Par ailleurs, les parents qui acceptent de collaborer à une recherche de cette nature ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des parents maltraitants.*

- *Une deuxième difficulté majeure a trait à la nécessité de distinguer les conséquences ou séquelles spécifiques aux mauvais traitements physiques et à la négligence de celles liées aux conditions de vie ou à l'environnement déficient dans lequel vivent majoritairement les enfants victimes des sévices.*

- *Enfin, troisième difficulté, celle de la validité et de la fiabilité des instruments de mesure utilisés pour évaluer le niveau de développement des enfants (quotient intellectuel, échelle de développement cognitif et autres, etc.).*

Dans les pages qui suivent, nous présentons les résultats d'une quinzaine d'études portant sur l'un ou l'autre aspect du devenir de l'enfant maltraité et effectuées au cours des dix dernières années.

Parfois en raison d'échantillons numériquement insuffisants ou peu représentatifs, parfois en raison de méthodologies peu rigoureuses, ces études sont de valeur scientifique inégale. Aussi nous est-il apparu difficile d'en comparer les résultats et avons-nous cru préférable de présenter chacune de façon indépendante plutôt que de regrouper les résultats par thème.

Toutes les fois que les données étaient disponibles, nous avons indiqué pour chacune des recherches les objectifs, la population étudiée, les méthodes et/ou les instruments utilisés de même que les principaux phénomènes observés.

MARTIN, H. (1972) "*Le développement de l'enfant*[1]".

OBJECTIF: Connaître les conséquences ou séquelles à moyen terme des mauvais traitements physiques infligés à des enfants.

POPULATION ETUDIEE: 42 enfants victimes d'abus physiques et admis à l'hôpital.

METHODES ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:
- .Mesures anthropométriques
- .Examen neurologique
- .Tests de quotient intellectuel
- .Evaluations entre quatre et six mois après le début du traitement et répétées tous les six mois ou tous les ans.

OBSERVATIONS:

- QUOTIENT INTELLECTUEL: 33% des enfants ont un quotient intellectuel inférieur à 80.

La relation entre ce retard et une lésion du système nerveux central semble évidente. 93% des enfants définitivement retardés ont souffert de lésions crâniennes ou présentent encore des troubles à l'examen neurologique.

Après encadrement sérieux, huit des enfants atteints de lésions graves du système nerveux ont retrouvé une intelligence normale, même chez ceux qui sont encore retardés on note des améliorations nettes de la motricité, du langage et des fonctions cérébrales générales.

---

(1) Dans KEMPE, C. HENRY et HELFER, Ray E. L'enfant battu et sa famille , Fleurus, Paris 1977, p. 104-125.

- TROUBLES NEUROLOGIQUES: 43% des enfants de l'échantillon présentent des troubles neurologiques; hémiparésie, troubles d'ordre visuel, atrophie optique et réflexes pathologiquement primitifs pour les 2/3 d'entre eux et troubles plus légers pour l'autre 1/3.

- RETARD DE CROISSANCE: 33% des enfants de l'échantillon souffrent d'un retard de croissance; la proportion est deux fois plus élevée chez les enfants atteints aussi d'un retard mental.

  Les risques de séquelles sont plus importants pour les enfants maltraités qui sont également mal nourris, mal soignés, délaissés.

- TROUBLE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE: le nombre d'enfants qui souffrent de troubles du langage et de la parole allant d'une perte totale à de légères difficultés est particulièrement élevé.

  Après traitement, 31,8% des enfants ont encore un retard de langage tout en étant très majoritairement d'intelligence normale.

- TROUBLES DE LA PERSONNALITE: après quelques semaines d'encadrement des parents et de traitement de l'enfant, on observe peu de changement - l'enfant est craintif et méfiant et se cramponne à celui qui s'occupe de lui - il est solitaire, s'occupe peu des autres enfants - il cherche à manoeuvrer les adultes. Après quelques mois ou quelques années certains changements deviennent perceptibles; - l'enfant devient plus sensible aux compliments - il réagit aux ordres et aux interdits - il est toujours craintif et s'effraie si l'interlocuteur élève la voix - il se lie facilement aux adultes mais superficiellement et indifféremment avec quiconque.

MARTIN, H.P., BEEZLEY, P. (1974) "*Personality of Abused children*"(1).

OBJECTIF: Connaître les caractéristiques de la personnalité des enfants maltraités et plus particulièrement connaître le rôle de l'environnement suite aux mauvais traitements.

POPULATION ETUDIEE: 50 enfants maltraités âgés de 2 à 13 ans

METHODE ET/OU INSTRUMENT D'EVALUATION:
- .Etude de suivi (follow up)
- .Evaluation des enfants par trois examinateurs indépendants et corroboration par les parents et les professeurs.
- .Evaluation par rapport à neuf caractéristiques de la personnalité.
- .Aucun groupe contrôle.

OBSERVATIONS: Les enquêteurs ont pu observer non seulement une fréquence élevée de certaines caractéristiques mais également une intensité très forte de ces mêmes caractéristiques.

CARACTERISTIQUES	% D'ENFANTS
-Affaiblissement de la capacité de jouir de la vie	66%
-Symptômes psychiatriques (énurésie, hyperactivité)	62%
-Faible estime de soi	52%
-Problèmes d'apprentissage	38%
-Repli sur soi	24%
-Opposition	24%
-Hypervigilance	22%
-Comportement compulsif	22%
-Comportement de pseudo-maturité	20%

(1) Dans MARTIN, H.P. (Ed) Abused Child: A Multidisciplinary Approach to Developmental Issues and Treatment, Mass., Ballinger, 1976, p. 105-111.

On constate certaines tendances:

-les problèmes d'apprentissage scolaire et les symptômes psychiatriques apparaissent souvent ensemble chez un enfant;

-il n'y a pas de corrélation entre le comportement et un type particulier de mauvais traitements ou encore avec l'âge auquel les mauvais traitements ont été dépistés;

-une corrélation existe toutefois entre l'environnement dans lequel vit un enfant après que l'abus ait été identifié et le fonctionnement de cet enfant.

Ainsi les symptômes psychiatriques sont en étroite corrélation avec la perception qu'a l'enfant de la permanence ou du caractère temporaire de sa situation.

Les enfants qui continuent à vivre avec des parents perturbés émotivement, qui manifestent des sentiments de rejet ou qui utilisent les punitions physiques sont plus sujets à des troubles psychiatriques que ceux qui demeurent dans des milieux moins perturbés.

Ceci laisse voir que les événements et le comportement parental après l'abus jouent un rôle important dans la psychopathologie et le développement de la personnalité des enfants maltraités.

MARTIN, BEEZLEY, CONWAY, KEMPE (1974) "The Development of Abused Children"(1).

OBJECTIF: Connaître le développement des enfants ayant subi des mauvais traitements physiques.

POPULATION ETUDIEE: 58 enfants physiquement maltraités choisis sur une liste fournie pas un centre hospitalier, 4½ ans après avoir été identifiés comme enfants maltraités.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:
- .Examen physique et neurologique par un pédiatre.
- .Tests psychologiques administrés par un psychologue.
- .Entrevue menée par un travailleur social.

OBSERVATIONS: ETAT NEUROLOGIQUE:

Le tableau qui suit indique que les dysfonctions neurologiques sont reliées au quotient intellectuel et aux traumatismes crâniens et/ou aux hématomes sous-duraux.

-Neurologic Dysfunction Relating to Intelligence and Trauma

	Neurologic Class*				
	0	1	2	3	Total
Number of children	27 (47%)	13 (22%)	8 (14%)	10 (17%)	58 (100%)
Mean IQ	100.2	95.2	92.0	67.6	92.3
Median IQ	99	102	85.5	72	96.5
IQ range	71-131	67-131	67-127	15-100	15-131
Percentage with IQ of 85 or less	15% (4/27)	31% (4/13)	38% (3/8)	80% (8/10)	33% (19/58)
Percentage with history of skull fracture and/or subdural hematoma	22% (6/27)	23% (3/13)	38% (3/8)	90% (9/10)	36% (21/58)

*See text: 0 = normal neurologically, 1 = mild dysfunction, 2 = moderate deficit, 3 = severe abnormalities.

(1) MARTIN, H.P., BEEZLEY, P., CONWAY, E.F., KEMPE, C.H., "The Development of Abused Children", Advances in Pediatrics, 21, 1974, p. 25-73.

Dans le tableau suivant, on note que seul les problèmes neurologiques graves(3) peuvent être expliqués par les traumatismes physiques.

TABLE 8.—Neurologic Findings in 58 Children Related to Head Trauma

Neurologic Class at Follow-Up*	Children with History of Skull Fracture and/or Subdural Hematoma	Children with No History of Skull Fracture and/or Subdural Hematoma
0	6 (29%)	21 (57%)
1	3 (14%)	10 (26%)
2	3 (14%)	5 (14%)
3	9 (43%)	1 (3%)
Totals	21 (100%)	37 (100%)

*See text: 0 = normal neurologically, 1 = mild dysfunction, 2 = moderate deficit, 3 = severe abnormalities.

CROISSANCE PHYSIQUE:

Plus du tiers des enfants manifestaient un retard de croissance au moment de leur identification en tant qu'enfants maltraités. La moitié de ces enfants n'avaient pas récupéré ce retard quatre ans et demie plus tard.

DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL:

Les résultats des tests utilisés indiquent que les enfants maltraités ayant subi un traumatisme crânien ou souffrant de dysfonctions neurologiques ont un quotient intellectuel plus bas que les autres.

Aucune différence significative dans le quotient intellectuel n'a été observée selon que les enfants maltraités ont ou non changé plusieurs fois de foyer au cours des quatre ans et demie.

Une telle différence a toutefois été observée entre les enfants maltraités n'ayant pas subi de traumatisme crânien ou n'ayant pas de dysfonction neurologique selon qu'ils vivent ou non dans une famille stable et un environnement non punitif.

PERSONNALITE:

Les auteurs font remarquer qu'à l'époque (1974) aucune recherche n'a cherché à connaître l'effet des mauvais traitements sur la personnalité de l'enfant et prévoient se pencher sur le problème dans des travaux ultérieurs.

BLAGER, F., MARTIN, H.P., (1974) "Speech and Language of Abused Children" (1).

OBJECTIF: Evaluer le niveau du langage et de la parole chez un groupe d'enfants maltraités.

POPULATION ETUDIEE: Un groupe de 23 enfants physiquement maltraités.

-10 enfants fréquentent une maternelle spécialisée; leur âge moyen est de 43 mois; ils ont été identifiés moins de six mois avant leur admission; les parents sont encore en difficulté;

-13 enfants sont suivis en psychothérapie; leur âge moyen est de 5 ans; l'évaluation de ces enfants s'est faite plusieurs années après les mauvais traitements et les parents sont eux-mêmes en thérapie.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION: Divers tests: Peabody Picture Vocabulary Test, Houston Test for Language Development; Templin - Parley Screening Test of Articulation, Illinois Test of Psycholinguist Abilities, Developmental Sentence Score of Spontaneous 50 - Word Sentence Language Samples.

OBSERVATIONS: GROUPE PRE-SCOLAIRE: Presque tous les enfants ont un retard au niveau du langage et de la parole. Le retard moyen est de 10 mois par rapport à l'âge chronologique.

---

(1) Dans MARTIN & KEMPE, The Abused Child, A Multidisciplinary Approach to Developmental Issues and Treatment, Ballinger Publishing Co., Cambridge, 1976, p. 83-92.

GROUPE SUIVI EN PSYCHOTHERAPIE: Les résultats des tests indiquent un niveau de développement de la parole et du langage égal ou légèrement au-dessus de la moyenne; toutefois, en dehors de la situation des tests, le niveau de langage est nettement sous la moyenne.

Il apparaît donc que le langage en tant qu'aire de connaissance s'est développé normalement alors que le langage en tant qu'outil de communication pour transmettre des idées, des sentiments, et des connaissances ne s'est pas développé au même rythme.

-Six des dix enfants inscrits à la maternelle furent réévalués et des progrès furent notés dans l'ensemble de leurs aptitudes à la communication quoique l'amélioration des résultats aux tests soit peu significative. Il en est de même pour les enfants plus âgés.

NEIMANN, MANCIAUX et DOHM (1975) "Le devenir des enfants victimes de sévices (1)".

POPULATION ETUDIEE:

L'enquête porte sur 27 cas d'enfants ayant subi des mauvais traitements physiques et, accessoirement, des privations d'aliments et de soins.

L'âge moyen des enfants au moment de sévices était de deux ans avec des extrêmes allant trois mois à sept ans et huit mois.

Au moment de l'enquête, sept enfants sont chez leurs parents, deux sont chez leurs grands-parents, neuf sont en foyers nourriciers et neuf en établissement.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:

-Aux fins d'évaluation des séquelles des mauvais traitements il y a eu:

.entretien avec l'enfant, tests, jeux, réalisation de dessins;

.visite aux parents responsables des sévices dans le tiers des cas;

.revue des dossiers du Tribunal pour enfants et de l'Aide sociale à l'enfance.

Les observations ont été effectuées avec un recul moyen de sept ans et huit mois avec des valeurs extrêmes de trois ans et dix ans.

OBSERVATIONS:

1) Séquelles physiques

Elles sont le plus souvent peu importantes. Dans quinze cas, aucune évidence de trouble organique consécutif aux sévices.

---

(1) NEIMANN, N., MANCIAUX, M., DOHM, J.P. "Le devenir des enfants victimes de sévices", La Revue de pédiatrie, T. XI, Janvier 1975, p. 11-16.

HYPOTROPHIE modérée dans sept cas.
FRACTURES consolidées sans séquelles.
LESIONS OCULAIRES dans un cas après hématome sous-dural.
SEQUELLES NEUROLOGIQUES dans trois cas, secondaires à un hématome sous-dural consécutif à un traumatisme crânien; dans l'immédiat les lésions sont responsables de coma, convulsions, paralysie dont la gravité se confirme à long terme.

2) Séquelles au niveau psychomoteur

Plus de la moitié des enfants étudiés ont un retard évident, près du tiers un retard moyen ou grave.

Les auteurs notent que le retard n'est pas nécessairement imputable aux seuls sévices; défaut de soins, carence affective, facteurs héréditaires, multiples placements, absence de stimulation peuvent également avoir un rôle à jouer.

3) Séquelles au niveau du comportement

Tous les enfants de l'étude ont des troubles de comportement plus ou moins marqués se manifestant avant tout par l'inadaptation scolaire qui est constatée dans la moitié des cas.

Dans quatre cas, ces troubles aboutissent à la délinquance.

Comme dans le cas des séquelles au niveau psychomoteur, les auteurs notent qu'il demeure difficile de savoir si les troubles du comportement pré-existent aux sévices ou leur font suite.

KLINE, D., CHRISTIANSEN, J. (1975) *"Educational and Psychological Problems of Abused Children"*.

OBJECTIFS:

Déterminer l'importance des problèmes psychologiques et éducatifs à l'intérieur d'une population d'enfants maltraités et en particulier:

- -la fréquence du placement en éducation spécialisée;
- -la fréquence du besoin de services spécialisés;
- -la fréquence du placement institutionnel;
- -le type et la fréquence des traits et comportements qui peuvent être considérés comme des indicateurs de problèmes psychologiques;
- -le niveau de réussite scolaire.

POPULATION ETUDIEE:

138 enfants d'âge scolaire choisis parmi le groupe de 355 sujets ayant été répérés à la Cour juvénile durant les six dernières années pour raison de mauvais traitements physiques, d'abus sexuel ou de négligence.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:

Données recueillies par un équipe de quatre personnes dans les dossiers des agences de services sociaux, dans les dossiers scolaires et dans les rapports sur l'éducation spécialisée produit par le State Office of Education.

Comparaisons des groupes d'enfants maltraités et de la population d'enfants n'ayant pas été identifiés comme maltraités.

OBSERVATIONS:

FREQUENCE DU PLACEMENT EN EDUCATION SPECIALISEE

-La proportion d'enfants maltraités placés en éducation spécialisée est significativement plus élevée que celle des enfants non identifiés comme tels.

-Ceci est vrai dans les classes pour enfants perturbés émotifs et dans les classes pour déficients mentaux éducables mais non dans les classes pour enfants ayant des difficultés d'apprentissage.

-Il semble que le type d'abus soit un facteur dans le type de placement: les enfants victimes d'abus sexuels se retrouvent plus souvent dans les classes destinées aux enfants émotivement perturbés alors que les enfants victimes de négligence se retrouvent plus fréquemment dans les classes spécialisées pour déficients mentaux éducables.

FREQUENCE DES BESOINS DE SERVICES SPECIALISES

Il a été pratiquement impossible d'établir une évaluation valable du nombre d'enfants bénéficiant de services spécialisés: consultations psychologiques et thérapie du langage. Les données pour la population générale n'étaient pas disponibles.

PLACEMENTS INSTITUTIONNELS

Le nombre d'enfants maltraités placés à l'institution publique pour malades mentaux est significativement plus élevé que le nombre d'enfants placés non maltraités. En outre, la moitié des enfants maltraités hospitalisés avaient été victimes d'abus sexuels.

TRAITS PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

Les enfants maltraités sont décrits comme étant agressifs, repliés, craintifs et peu sociables. Les comportements agressifs de type destructeur sont le fait d'enfants qui ont subi des blessures suite à une agression. L'hostilité est présente uniquement chez ceux qui ont été victimes d'abus sexuels.

NIVEAU DE RÉUSSITE SCOLAIRE

La majorité des enfants maltraités ont un retard scolaire. Le déficit se situe particulièrement en mathématique et en épellation plutôt qu'en lecture. Les enfants victimes d'abus sexuels ont un niveau de réussite inférieur à celui des enfants négligés et physiquement maltraités.

KENT, James T. (1976) "A *Follow-Up Study of Abused Children (1)*".

OBJECTIFS:

1. Obtenir des données concernant les effets de l'intervention (essentiellement le placement en famille d'accueil) sur le développement des enfants maltraités.

2. Obtenir des données sur les effets des mauvais traitements eux-mêmes, indépendamment des mauvaises conditions socio-économiques dans lesquelles vivent souvent ces enfants.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:

-Comparaison de trois groupes d'enfants de milieux socio-économiques défavorisés.

- 219 enfants physiquement maltraités (NAT)
- 159 enfants gravement négligés (NEG)
- 185 enfants ayant vécu dans des familles gravement perturbées sans toutefois avoir été battus ou gravement négligés (PS) (2).

-Questionnaires complétés par le travailleur social responsable incluant des données sur les caractéristiques des enfants au moment du suivi (de façon générale au moins douze mois après la prise en charge).

OBSERVATIONS:

Les tableaux de la page suivante indiquent les changements survenus au niveau de la taille et du poids des enfants abusés physiquement et négligés (les données ne sont pas disponibles pour le troisième groupe).

---

(1) KENT, James T., "A Follow-Up Study of Abused Children", Journal of Pediatric Psychology, Vol. 1, no 2, 1976, p. 25-31.

(2) NAT: Non accidental trauma
NEG: Gross neglect
PS: Protective services

TABLE 1: Height of Children at Intake and Follow-up

Height in percentiles	INTAKE		FOLLOWUP	
	Nat	Neg	Nat	Neg
Below 3rd percentile	30%	40%	6%	7%
3rd–25th percentile	25	26	14	23
26th–50th percentile	15	13	21	18
Over 50th percentile	30	21	59	52

TABLE 2: Weight of Children at Intake and Follow-up

Weight in percentiles	INTAKE		FOLLOWUP	
	Nat	Neg	Nat	Neg
Below 3rd percentile	17%	44%	11%	15%
3rd–25th percentile	33	20	23	26
26th–50th percentile	19	11	18	23
Over 50th percentile	31	25	48	36

Ces tableaux indiquent clairement une amélioration chez les enfants au plan de la croissance.

Le troisième tableau permet également des constatations intéressantes au plan du comportement et du développement:

TABLE 3: Behavioral and Developmental Characteristics of Children Rated as "Present" at Intake and Follow-up

Behavior Characteristic	Intake			Followup		Followup–Too Young at Intake	
	Nat	Neg	PS	Nat	Neg	Nat	Neg
1. Extreme disobedience[1]	44%	29%	18%	34%	30%	13%	9%
2. Severe tantrums[1]	31	29	10	32	23	20	14
3. Emotional withdrawal	31	19	*	34	29	30	18
4. Aggression toward adults and peers[1]	44	34	21	35	32	19	9
5. Poor peer relationship[2]	34	42	20	45	34	15	21
Developmental Characteristics							
6. Delay in motor development	25	64	*	23	40	18	24
7. Delay in language development	39	72	*	30	49	29	38
8. Delay in ADL[3] development	34	79	*	18	37	17	33

*Ratings not available
[1] Excludes children less than 3 years old
[2] Excludes children less than 4 years old
[3] ADL is "activities of daily living," e.g. feeding, dressing, hygiene, toileting

-Une incidence plus élevée des problèmes de comportement chez les deux groupes d'enfants maltraités, ce qui laisse croire que l'abus et la négligence jouent un rôle indépendant du statut socio-économique ou des dysfonctions familiales sur le comportement de l'enfant;

-le groupe NAT est plus agressif, plus désobéissant et a plus de difficultés dans les relations avec ses pairs que le groupe NEG; ceci permet de croire qu'une des séquelles de l'assaut physique est un accroissement des problèmes de contrôle de sa propre agressivité;

-une réduction des problèmes de comportement chez les deux groupes d'enfants maltraités après leur retrait de l'environnement abusif;

-un retard plus marqué au plan du développement dans le groupe NEG que dans le groupe NAT;

-au moment du suivi, un retard plus marqué au niveau du langage qu'aux autres niveaux et ce pour les deux groupes;

-au moment du suivi,une incidence moins élevée des problèmes de comportement et de développement chez les enfants qui étaient trop jeunes au moment de la prise en charge (ce qui indique la nécessité d'une intervention hâtive).

Dans les tableaux qui suivent on observe les mêmes tendances que celles qui ont été observées au plan du développement et du comportement.

TABLE 4: Average Academic Performance of Children at Intake and Follow-up

Academic Level	Intake			Followup		Followup–Too Young at Intake	
	Nat	Neg	PS	Nat	Neg	Nat	Neg
Above average	10%	0	9%	14%	15%	9%	14%
Average	37	18	63	58	48	62	54
Below average	34	53	20	25	37	28	32
Failing	19	29	8	3	0	2	0

TABLE 5: School Peer Relationships of Children at Intake and Follow-up

Rating	Intake			Followup		Followup–Too Young at Intake	
	Nat	Neg	PS	Nat	Neg	Nat	Neg
Satisfactory	33%	40%	77%	62%	65%	70%	62%
Unsatisfactory	67	60	23	38	35	30	38

TABLE 6: Tested Intelligence of Children at Intake and Follow-up

IQ Score	Intake		Followup		Followup–Too Young at Intake	
	Nat	Neg	Nat	Neg	Nat	Neg
Below 70	24%	39%	13%	28%	12%	17%
70–89	20	39	28	23	32	22
90–110	51	23	46	49	28	61
111–130	6	0	13	0	24	0
Over 130	0	0	1	0	4	0

† Ratings not available for PS children

On note en effet un progrès sensible pour les deux groupes après l'intervention. Encore une fois, le groupe NEG semble toutefois faire des progrès moins grands et demeure en deçà du niveau observé chez le groupe NAT.

Le groupe PS fonctionne mieux au moment de la prise en charge que les deux groupes d'enfants maltraités qui les rejoignent toutefois après l'intervention.

La conclusion qui ressort de cette étude est que les mauvais traitements physiques et la négligence grave ont des conséquences spécifiques sur le développement et le comportement de l'enfant, indépendantes du statut socio-économique et même de la dysfonction familiale. Ces effets ne semblent pas toutefois entièrement irréversibles.

FITCH, CADOL, GOLDSON, WENDELL, SWARTZ, JACKSON (1976), *"Cognitive Development of Abused and Failure-to-Thrive Children(1)".*

OBJECTIF: Connaître les différences, si elles existent, entre le développement cognitif des enfants maltraités et celui des enfants qui ne le sont pas.

POPULATION ETUDIEE: Enfants hospitalisés pour traumatisme non accidentel (NAT) ou pour retard de croissance d'origine non organique (Failure-to-thrive, FTT).

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:
- .Comparaison des deux groupes (43 NAT et 18 FTT) et d'un groupe contrôle;
- .BAYLEY SCALES OF INFANT DEVELOPMENT (2 à 30 mois);
  McCARTHY SCALES OF CHILDREN'S ABILITIES (28½ mois à 8½ ans);
- .Tests effectués peu après l'admission et six mois plus tard.

OBSERVATIONS:
- -Tant au plan verbal que moteur, les résultats obtenus aux tests de BAYLEY et de MCCARTHY indiquent un niveau de développement des enfants maltraités significatives sous la moyenne des enfants du groupe contrôle et ce aux deux occasions où ont été appliqués les tests.
- -Les enfants ayant des retards de croissance (FTT) présentent des risques plus élevés de retard au plan du développement cognitif que les enfants ayant subi des traumatismes d'origine non accidentelle (NAT).

---

(1) FITCH, M.J., CADOL, R.V., GOLDSON, E., WENDELL, T., SWARTZ, D., JACKSON, E., "Cognitive Development of Abused and Failure-to-Thrive Children", Journal of Pediatric Psychology, Vol 1, no 2, 1976, p. 32-37.

GREEN, A.H. (1978) *"Self-Destructive Behavior in Battered Children (1)"*.

OBJECTIF: Vérifier l'hypothèse que l'expérience répétée de mauvais traitements physiques augmente chez l'enfant le développement de comportements auto-destructeurs.

POPULATION ETUDIEE: Un groupe expérimental de 60 enfants maltraités physiquement et deux groupes contrôles l'un composé de 30 enfants négligés et l'autre de 30 enfants "normaux".

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION: Entrevue avec la mère ou la personne responsable de l'enfant par un psychiatre ou un travailleur social psychiatrique pour établir la présence de conduites d'auto-destruction ou d'auto-mutilation.

OBSERVATIONS:

.40,6% des enfants physiquement maltraités manifestent des comportements auto-destructeurs.

.17,2% des enfants négligés manifestent de tels comportements et 6,7% des enfants du groupe contrôle en font autant.

Les différences observées entre les trois groupes sont significatives.

Dans la majorité des cas, le comportement auto-destructeur est précipité par des coups ou en guise de réponse à une séparation actuelle ou appréhendée des parents.

---

(1) GREEN, Arthur H., "Self-Destructive Behavior in Battered Children", American Journal of Psychiatry, 135.5, May 1978, p. 579-582.

ELMER, E. (1977) *"A Follow-Up Study of Traumatized Children (1)".*

OBJECTIFS: Vérifier les hypothèses suivantes:
les enfants maltraités se situeraient en deçà des enfants qui ne l'ont pas été en ce qui a trait:

1. *à la taille et au poids*
2. *au développement du langage*
3. *à la conscience de soi*
4. *au fonctionnement intellectuel*

et se situeraient au-delà en ce qui a trait:

5. *à l'impulsivité*
6. *à l'agressivité*
7. *au nombre de maladies et d'accidents*

En outre, les enfants ne demeurant plus dans un milieu abusif fonctionneraient à un meilleur niveau que ceux qui demeurent avec les parents abusifs.

POPULATION ETUDIEE: 17 enfants maltraités et 17 enfants hospitalisés pour traumatisme accidentel dans la grande majorité des cas issus de milieux socio-économiques défavorisés.

---

(1) ELMER, E., "A Follow-Up Study of Traumatized Children", Pediatrics, Vol 59, no 2, 1977, p. 273-279.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:	Groupe contrôle - Groupes expérimentaux Entrevue, tests en laboratoire sur chacune des caractéristiques mentionnées plus haut. Les groupes d'enfants traumatisés avaient été étudiés huit ans plus tôt.
OBSERVATIONS:	Les chercheurs n'ont pu découvrir de différences substantielles entre les divers groupes. Dans l'ensemble, les familles sont très perturbées et la violence n'est pas l'exclusivité des familles des enfants maltraités. Les enfants manifestent des problèmes émotifs, des difficultés de communication, un sentiment d'isolation, de l'auto-dépréciation, de l'anxiété face à la séparation. Les chercheurs émettent l'hypothèse que l'appartenance à une famille de bas niveau socio-économique peut être un facteur aussi important que l'abus dans l'origine des difficultés de développement auxquelles font face les enfants.

GREEN, A.H. (1978) "*Psychopathology of Abused Children (1)*".

Dans une recherche antérieure (GREEN et al., 1974), l'auteur, en comparant soixante enfants battus d'âge scolaire avec des groupes contrôles d'enfants négligés et "normaux", avait pu observer chez les premiers un certain nombre de caractéristiques: quotient intellectuel significativement moins élevé, graves déficits au niveau des fonctions du moi, dépressions accompagnées d'un manque d'estime de soi, comportements auto-destructeurs, etc.

OBJECTIFS: La présente recherche clinique a pour objectifs:

1. L'exploration en profondeur de la psychopathologie et de la psychodynamique des enfants maltraités et leur relation génétique à un environnement hostile;
2. le développement de techniques spécialisées pour corriger la psychopathologie et prévenir de nouveaux abus.

POPULATION ETUDIEE: Vingt enfants âgés de cinq à quatorze ans, la plupart ayant été victimes de sévices au cours des deux premières années de leur vie.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:
- Psychothérapie individuelle en clinique externe pendant trois ans;

(1) GREEN, A.H., "Psychopathology of Abused Children", Journal of American Academy of Child Psychiatry, vol 17, no 1, 1978, p. 93-103.

- diverses méthodes d'approche auprès des parents, counselling, intervention de crise, etc.

- aucune indication sur les méthodes d'évaluation.

OBSERVATIONS:

Détérioration globale des fonctions du moi associée à des déficits intellectuels et cognitifs se manifestant par:

-une incidence élevée des dysfonctions du système nerveux central;

-hyperactivité et impulsivité;

-activité motrice plutôt que verbalisation comme mode d'expression;

-absence des mécanismes de défense propres à la période de latence permettant de surmonter les conflits;

-préoccupation constante des dangers extérieurs qui prive l'enfant de l'énergie nécessaire à l'apprentissage.

"Réactions traumatiques" accompagnées d'un état aigu d'anxiété se manifestant par:

-des réactions de panique avant ou pendant les mauvais coups ou lors de l'anticipation d'une attaque;

-Répétition du trauma soit par un comportement manifeste soit par des activités symboliques telles que le jeu ou des productions artistiques.

Relations d'objets pathalogiques se manifestant par:

-Crainte et appréhension face à de nouveaux objets;

-violence et rejet qui sont perçus comme les éléments majeurs des relations humaines;

-comportements provocateurs en vue de dominer et contrôler la punition anticipée.

Mécanismes de défense primitifs se manifestant par:

-l'utilisation excessive de mécanismes de défense tels que le déni (dénégation), la projection, l'introjection, la division en vue de faire face à des images parentales externes et intériorisées menaçantes (Ex. l'enfant nie les mauvais traitements des parents pour se protéger contre de nouveaux mauvais traitements mais surtout pour protéger ses parents contre sa propre fureur (colère) meurtrière).

Affaiblissement ou contrôle des impulsions se manifestant par:

-Des comportements agressifs et destructeurs;

-l'hyperactivité chez les plus jeunes;

-comportements anti-sociaux et délinquants chez les adolescents;

-absence des contraintes du sur-moi ordinairement présentes chez l'enfant due à l'absence de modèles adéquats et à une mauvaise intériorisation.

Affaiblissement de l'image de soi se manifestant par:

-Tristesse, dépression et auto-dépréciation;

-conscience de soi (self-awareness) chez le jeune enfant qui se transforme en image de soi dévalorisée avec le développement de la connaissance et du langage;

-l'enfant se regarde avec le même mépris et le même déplaisir que les parents le voient.

Comportement masochiste et auto-destructeur se manifestant par:

-Tentatives de suicide, signes, menaces et diverses formes d'auto-mutilation;

-comportements qui entrainent des punitions des parents, adultes et pairs;

-disposition aux accidents qui peut être considérée comme une forme d'auto-destruction;

-on enregistre de tels comportements chez 40% des enfants maltraités issus de l'échantillon des enfants physiquement maltraités, ce qui est significativement plus élevé que chez les deux autres groupes.

Difficultés face à la séparation se manifestant par:

-Anxiété intense face à une séparation réelle ou appréhendée;

-incapacité de représenter l'objet absent qui entraîne le besoin d'un objet tangible représentant la personne absente pour surmonter une séparation.

Difficulté d'adaptation scolaire se manifestant par:

-Des résultats scolaires insuffisants liés à un manque d'attention, à l'hyperactivité et à des difficultés au plan cognitif;

-difficultés d'apprentissage spécifiques telles que le dyslexie, troubles du langage, dysfonctions perceptivo-motrices;

-problèmes de comportement avec les pairs et les professeurs;

-difficultés chroniques qui entraînent des mesures disciplinaires; le placement dans des classes spéciales entraîne à son tour des effets défavorables sur l'estime de soi de l'enfant maltraité déjà affaibli.

Ce chercheur estime que même si dans certains cas les traits pathologiques observés chez l'enfant peuvent avoir précédé les mauvais traitements et même les avoir provoqués, la très grande majorité des enfants ont expérimenté les traitements abusifs au cours des deux premières années.

En vieillissant toutefois, ces psychopathologies accroissent les risques d'abus entraînant ainsi un cycle en spirale de déviance et de mauvais traitements.

ROUYER, Michelle (1978) "Les enfants maltraités (1)".

Faisant référence à deux expériences concernant l'étude psychologique des enfants maltraités, l'auteur rapporte dans cet article les observations faites chez les enfants plusieurs années après la constation des sévices.

Aucune indication n'est donnée sur les instruments utilisés autre que l'observation clinique.

DEFICIT INTELLECTUEL

Dans plus d'un tiers des cas, on constate un déficit intellectuel des enfants battus évoluant vers une pseudo-débilité.

Les troubles les plus aigus du comportement disparaissent mais l'adaptation n'est pas synonyme de normalité; elle signifie le plus souvent que l'enfant est soumis, inhibé, qu'il ne perturbe plus la classe, la famille.

On soupçonne assez facilement l'existence de troubles psychotiques persistant sous la forme d'une pseudo-débilité. Le moi demeure fragile, chaque événement traumatique peut entraîner une régression massive.

---

(1) ROUYER, Michelle, "Les enfants maltraités", Informations sociales, 11/78, p. 33-39

SYMPTOMES NEVROTIQUES

D'autres enfants manifestent des symptômes névrotiques qui apparaissent comme une évolution positive: alors qu'ils étaient immatures, instables,peu structurés au plan affectif, l'apparition de comportements phobiques et obsessionnels jusqu'alors inexistants, témoigne d'une structuration du moi.

Le langage devient plus riche et l'agressivité peut être maitrisée à travers les fantasmes que l'enfant exprime dans le jeu et le dessin qui cessent d'être stéréotypés.

SYMPTOMES OBSESSIONNELS

Certains enfants cependant présentent des signes évidents d'une structure obsessionnelle: lenteur, méticulosité, perfectionnisme, rites, symptômes invalidants nuisant au groupe mais souvent bien tolérés par l'école, les parents, la famille d'accueil.

IMMATURITE - INSTABILITE

Quelques enfants pré-adolescents préoccupent par la persistance d'une grande immaturité, une mauvaise appréhension de la réalité, l'absence d'interdits extériorisés. Un niveau intellectuel normal n'a pas permis une bonne adaptation scolaire et le risque d'une évolution psychopathique est à craindre.

Parmi les plus jeunes enfants, plusieurs sont considérés comme ayant une évolution normale et se caractérisent par la stabilité de leur cadre de vie. Toutefois, les chercheurs estiment que seuls le passage de l'adolescence et les choix de l'âge adulte permettront d'affirmer l'absence de troubles graves de la personnalité. En effet, très souvent les enfants examinés avaient pu s'adapter au prix d'une amnésie partielle, de la construction fantasmatique d'une famille idéale. Ces défenses s'effondrent au moment de l'émergence des pulsions lorsque l'adolescent est confondu au problème de son identité.

REPERCUSSIONS A L'AGE ADULTE

Si l'enquête n'a pas permis de poursuivre l'étude du devenir des enfants maltraités au-delà de 18 ans, la prise en charge des parents maltraitants a permis de saisir les difficultés auxquelles auront à faire face les enfants. En effet, de nombreux parents maltraitants ont été eux-mêmes victimes de sévices dans l'enfance; c'est d'ailleurs une constante dans les recherches sur les caractéristiques des parents maltraitants.

COHN, Anne Harris (1979) *"An Evaluation of Three Demonstration Child Abuse and Neglect Treatment Programs (1)".*

OBJECTIFS:

1. Etudier les caractéristiques et les types de problèmes émotifs et psychosociaux auxquels ont à faire face les enfants maltraités et négligés.
2. Evaluer les effets des interventions thérapeutiques auprès de ces enfants.

POPULATION ETUDIEE:

70 enfants physiquement maltraités (16%) ou négligés (84%) traités dans le cadre de trois projets pilotes.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:

Cueillette et analyse d'informations portant sur les problèmes manifestés, sur la famille, sur les traitements, sur les améliorations observées.

Tests divers: Denver Developmental Screening Test, McCarthy Scales of Children's Abilities, Bayley Scales of Infant Development.

OBSERVATIONS:

Au moment de leur prise en charge, on retrouve chez les enfants une grande variété de problèmes de tous ordres, ainsi qu'on peut le constater dans le tableau de la page suivante.

---

(1) COHN, Anne Harris, "An Evaluation of Three Demonstration Child Abuse and Neglect Treatment Programs", Journal of the American Academy of Child Psychiatry, Vol 18, no 2, 1979, p. 284-291.

Table 1

Problems and Reported Improvement in the 20 children

Problem Area	% with Problem	% with Problem Who Improved
Ability to give and receive affection	55.5	70.0
General happiness	50.0	66.7
Attention span	50.0	57.0
Sense of self	54.0	57.1
Reaction to frustration	55.4	50.0
General interaction with adults	57.1	63.6
General interaction with peers	70.0	58.6
Parent's perception of child's needs	58.6	41.7
Parents response to child's needs	65.7	40.0
Differences in child's behavior and parental expectation	60.0	58.7

-Les problèmes physiques ou de croissance sont moins nombreux que les problèmes de développement;

-au plan cognitif, les retards dans le langage et les habiletés motrices existent mais ne sont pas très importants;

-les progrès notés après traitement sont inégaux et suivent des modèles variés selon les enfants ainsi qu'on peut le constater dans le tableau ci-haut;

-les problèmes notés au plan physique et au plan cognitif se sont également résorbés en partie.

JELIU, G., HONORÉZ, J.M. (1979) "Le devenir des enfants maltraités". (1)

OBJECTIFS:

Etablir les conséquences des mauvais traitements sur le devenir médico-psycho-social de ces enfants.

Plus spécifiquement,

-établir que les conséquences sont différentes dans le devenir psycho-social chez les enfants victimes de mauvais traitements par commission (abus) et chez ceux qui sont victimes de mauvais traitements par omission (négligence);

-établir que ces conséquences sont indépendantes du niveau socio-économique des enfants;

-établir qu'il existe une réelle morbidité psycho-sociale qui n'est pas directement reliée au traumatisme physique.

POPULATION ETUDIEE:

54 enfants maltraités identifiés comme tels à la Clinique de Protection de l'Enfance de l'Hôpital Ste-Justine deux ans et plus avant le moment de la recherche;

-enfants âgés de plus de 15 mois au moment de l'identification, de façon à éliminer les sujets victimes de sévices avec atteintes du système nerveux central;

-enfants âgés de 5 à 8 ans et 11 mois au moment de la recherche.

METHODE ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION:

Comparaison avec un groupe contrôle constitué d'une trentaine d'enfants de mêmes niveaux socio-économiques.

-Examen médical, questionnaire scolaire, examen psychométrique, données rétrospectives.

---

(1) Document non publié.

OBSERVATIONS :

- Au moment de l'identification,

  85% avaient un retard socio-affectif

  80% un retard de langage

  41% un retard de croissance

  38% un retard moteur

  63% sont des cas d'abus physiques.

- De 2 à 5 ans après l'identification,

  22% des enfants ont toujours un retard de croissance.

- A l'échelle d'intelligence pour enfants (WISC), la tendance va dans le sens d'une faiblesse intellectuelle, particulièrement au plan verbal.

- A l'échelle de développement de Griffith, les résultats vont dans le même sens; les résultats globaux se situent à plus d'un écart-type sous la moyenne.

- Près de sept enfants sur dix ont des difficultés scolaires; 51% des enfants ne sont pas dans des classes régulières et 17% n'ont pas un rendement satisfaisant.

- Sans établir les comparaisons entre les enfants selon le milieu où ils ont vécu entre le temps I et le temps II, l'auteur souligne qu'on ne peut ignorer qu'en moyenne les enfants ont changé 5 fois de foyers au cours des 3 ans ½ qu'a duré cette période et que le vécu psycho-social des enfants est plus que probablement marqué par cette instabilité du milieu de vie après l'identification que par l'appauvrissement du parentage qui fut à l'origine du premier déplacement.

KINARD, E. Milling (1980), "Emotional Development in Physically Abused Children[1]".

OBJECTIFS: Déterminer si l'expérience de mauvais traitements physiques a un effet nocif sur la santé émotive et le développement de l'enfant.

Deux hypothèses sont émises:

1) les enfants maltraités ont une image de soi plus négative que les enfants qui ne sont pas maltraités;

2) les impulsions agressives sont plus accentuées chez les enfants maltraités que chez les enfants qui ne le sont pas.

POPULATION ETUDIEE: 30 enfants physiquement maltraités âgés de 5 à 12 ans, choisis parmi la population d'enfants maltraités signalés au bureau régional légalement mandaté entre janvier 1965 et décembre 1975.

METHODES ET/OU INSTRUMENTS D'EVALUATION: Comparaison du groupe d'enfants maltraités à un nombre égal d'enfants non maltraités comparables par rapport à l'âge, au sexe, à la race, au rang, au nombre d'enfants dans la famille, à la structure familiale, au statut socio-économique et au type de résidence et de voisinage.

-Information sur les caractéristiques socio-démographiques, sur l'histoire des mauvais traitements et sur le plan de traitement, tirée des dossiers de l'agence.

(1) KINARD, E. Milling "Emotional Development in Physically Abused Children", American Journal of Orthopsychiatry, Vol 50, no 4, October 1980, p. 686-696.

-Tests psychologiques:

Le Piers-Harris Children's Self-Concept Scale mesure plusieurs dimensions du concept de soi: apparence physique, comportement, capacité intellectuelle, anxiété, popularité, etc.

Le Rosenzweig Picture - Frustration Study mesure la direction de l'agressivité: extrapunitive, intrapunitive, non punitive.

Le TED Test évalue le fonctionnement du moi chez l'enfant et, entre autre, la socialisation face aux pairs, la confiance face aux autres et la réaction face à la séparation de la mère.

OBSERVATIONS:

IMAGE DE SOI: Dans l'ensemble, le Piers-Harris Children's Self Concept Scale n'indique pas de différence entre les deux groupes. Toutefois, les enfants maltraités expriment une image de soi plus négative sur plusieurs composantes de l'échelle. L'analyse statistique permet d'affirmer que les enfants maltraités sont plus malheureux et plus désobéissants (unconforming) que les enfants du groupe contrôle. La première hypothèse est donc confirmée.

AGRESSION: Les résultats du test de Rosenzweig Picture - Frustration Study indiquent que l'enfant maltraité est plus "extrapunitif" que l'enfant non maltraité. Toutefois, l'hypothèse d'une tendance à l'agressivité intrapunitive plus élevée chez l'enfant maltraité n'est pas confirmée.

AUTRES MESURES: En ce qui a trait à la socialisation, les motifs invoqués par les enfants maltraités pour expliquer leurs difficultés sont orientés vers la réalité alors que chez le groupe contrôle ils sont orientés vers la crainte.

Les enfants maltraités ont également une perception limitée de la situation qui, à l'intérieur du test, implique une relation de confiance avec autrui. Enfin, ils maîtrisent moins bien que les autres la séparation de la mère.

Cette recherche confirme donc les résultats de recherches antérieures et les observations cliniques décrivant l'enfant maltraité comme triste, replié sur lui-même et déprimé. L'auteur souligne que ces caractéristiques méritent l'attention parce qu'elles représentent un état émotif plus diffus et plus pénétrant que d'autres aspects du concept de soi (relations avec les pairs ou les succès scolaires par exemple). Elles risquent toutefois de passer inaperçues, de n'entraîner aucune forme de thérapie, de se perpétuer à l'âge adulte et peut-être de devenir un facteur clé du développement des relations abusives entre parents et enfants.

L'incapacité à établir des relations de confiance avec autrui, si elle se perpétue à l'âge adulte conduira également à de mauvaises relations parents-enfants qui à leur tour, pourront se traduire par un comportement abusif des parents.

Enfin, la difficulté des enfants maltraités face à la séparation de la mère peut aussi avoir de sérieuses conséquences sur leur aptitude à établir des liens avec autrui tant au cours de l'enfance qu'à l'âge adulte.

CONCLUSION

En dépit de leurs différences et très souvent de leurs faiblesses méthodologiques, les recherches laissent peu de doutes sur l'importance des séquelles des mauvais traitements sur le devenir des enfants qui en sont victimes.

La revue des études sur le développement émotif des enfants maltraités permet en outre d'affirmer que non seulement ces enfants éprouvent des difficultés au plan de l'expression de leur agressivité, de l'image de soi, des relations avec autrui mais que ces difficultés se manifestent de façons différentes selon que certaines caractéristiques socio-démographiques sont ou non présentes.

Parmi les variables qui semblent avoir des liens significatifs avec les problèmes de développement émotif, KINARD[1] relève les suivantes: l'âge au moment de l'abus, la fréquence et la gravité des actes abusifs, l'environnement familial, l'équilibre émotif du gardien de l'enfant, la participation à un traitement psychiatrique.

Ainsi,

-plus les enfants sont jeunes au moment où les actes abusifs sont commis, plus les problèmes de développement émotifs seraient graves;

---

(1) MILLING KINARD E., "Mental Health Needs of Abused Children" Child Welfare, Vol LIX, No 8, 1980, p. 451-459.

- les enfants qui expérimentent des relations de type abusif pendant une période prolongée seraient plus susceptibles que les autres d'éprouver des difficultés sérieuses au plan de l'agressivité et de la séparation de la mère;

- les résultats de certaines études tendent à démontrer qu'on observe chez les enfants continuellement exposés au rejet verbal et aux punitions physiques plus de symptômes psychiatriques que chez les enfants qui vivent dans des familles moins punitives;

- le nombre de symptômes psychiatriques observés chez les enfants maltraités augmente avec la perception qu'ont ces enfants d'une absence de permanence de leur foyer et du nombre de déplacements qu'ils ont eu à subir. Les enfants qui demeurent dans leur famille éprouvent des difficultés majeures dans l'expression de l'agressivité et dans les situations de séparation de la mère alors que c'est au plan des relations avec les pairs que les enfants placés en foyer nourricier éprouvent les plus grandes difficultés;

- les enfants dont les gardiens ont des problèmes émotifs sont eux-mêmes susceptibles d'éprouver de telles difficultés; ainsi les enfants dont la mère a été référée pour traitements psychiatriques ont le plus souvent une image négative d'eux-mêmes, imaginent que personne ne les aime et éprouvent également des difficultés à exprimer leur agressivité;

- enfin, certains chercheurs ont observé que les enfants qui sont suivis en psychiatrie paraissent plus malheureux que les autres; ceux qui ne sont pas suivis ont par ailleurs des difficultés dans les situations de séparation de la mère et dans l'établissement de liens avec autrui.

A partir de ces observations qui devraient d'ailleurs être précisées dans des recherches ultérieures, on peut affirmer qu'il est indispensable que des services thérapeutiques soient offerts aux enfants victimes de mauvais traitements.

Jusqu'à maintenant, sauf exception, on a cru que le fait de retirer un enfant d'une famille abusive constituait un traitement en soi. Parfois des services de support ou des services thérapeutiques sont offerts aux parents abusifs mais trop souvent, semble-t-il, l'enfant retiré de sa famille pendant une certaine période y retourne sans que la situation ne soit changée en profondeur. Les risques sont alors très grands qu'il soit de nouveau victime de sévices.

Par ailleurs, on peut émettre l'hypothèse que seule une thérapie appropriée peut éviter les séquelles à long terme chez l'enfant et peut-être mettre fin au cycle de l'enfant maltraité qui devient plus tard parent abusif, phénomène observé dans la plupart des recherches sur l'étiologie des mauvais traitements infligés aux enfants.

BIBLIOGRAPHIE

COOK, Joanne Valiant, BOWLES, Roy Tyler, (ed) "Child Abuse: Commission and Omission", Butterworths, Toronto, 1980, 509 pages.

COHN, Anne Harris, "An Evaluation of Three Demonstrations Child Abuse and Neglect Treatment Programs", Journal of the American Academy of Child Psychiatry, Vol 18, no 2, Spring 1979, p. 283-292.

ELMER, E., "A Follow-Up Study of Traumatized Children", Pediatrics Vol 59, no 2, 1977, p. 273-279.

FITCH, M.J., CADOL, R.V., GOLDSON, E., WENDELL, T., SWARTZ, D., JACKSON, E., "Cognitive Development of Abused and Failure-to-thrive Children", Journal of Pediatric Psychology, Vol 1, no 2, 1976, p. 32-37.

GREEN, Arthur H., "Psychopathology of Abused Children", Journal of the American Academy of Child Psychiatry, Vol 17, no 1, Winter 1978, p. 92-104.

GREEN, Arthur, H., "Self-Destructive Behavior in Battered Children", American Journal of Psychiatry, 135.5, May 1978, p. 579-582.

HONOREZ, Jean-Marie, "Le devenir des enfants maltraités physiquement: revue de la littérature", Cahiers pédopsychiatriques, Printemps 1977, no 7, p. 39-57.

JELIU, G., HONOREZ, Jean-Marie, "Le devenir des enfants maltraités" Document non publié, 1979.

KALISCH, J., "Child Abuse and Neglect, an Annoted Bibliography", Greenwood Press, Wesport, Connecticut, 1978.

KEMPE, C.H., HELFER, R.E. "L'enfant battu et sa famille", Flourus, Paris, 1977.

KENT, James T., "A Follow-up Study of Abused Children", Journal of Pediatric Psychology, Vol 1, no 2, 1976, p. 25-31.

KLINE, Donald, CHRISTIANSEN, James, "Educational and Psychological Problems of Abused Children", Department of Special Education, Utah State University, Logan, UTAH, 1975, 162.pages.

MARTIN, Harold P. (ed), "Abused Child: A Multidisciplinary Approach to Developmental Issue and Treatment", Mass. Bellinger, 1976, 304 pages.

MARTIN, H.P., BEEZLEY, P., CONWAY, E.F., KEMPE, C.H. "The Development of Abused Children", Advances in Pediatrics, 21, 1977, p. 25-73.

MARTIN, H.P. et BEEZLEY, P., "Behavioral Observations of Abused Children", Developmental Medecine and Child Neurology, Vol 19, 1977, p. 373-387.

MILLING -KINARD E., "Emotional Development in Psysically Abused Children", American Journal of Orthopsychiatry, Vol 50, no 4, October 1980, p. 686-696.

MILLING-KINARD, E., "Mental Health Needs of Abused Children", Child Welfare, Vol LIX, No 8, Sept/Oct 1980, p. 451-462.

OKELL JONES, Carolyn, "Development of Children from Abusive Families", dans Child Abuse, Prediction, Prevention and Follow-Up, Franklin, A.W. (ed), 1977, p. 65.

OLIVER, J.E., & TAYLOR, A., "Five Generations of Ill-Treated Children in one Family Pedigree", British Journal of Psychology, Vol 1, 19, 1971, p. 473-480.

NEIMANN, N., MANCIAUX, M., DOHM, J.P., "Le devenir des enfants victimes de sévices", La Revue de pédiatrie, Tome XI, Janvier 1975, p. 11-16.

REIDY, Thomas J., "The Agressive Characteristics of Abused and Neglected Children", Journal of Clinical Psychology, Vol 33, no 4, 1977, p. 1140-1145.

ROUYER, Michèle, "Les enfants maltraités", Informations sociales, 11/78, p. 33-39.

SANDGRUND, S., GAINES, R.W., GREEN, A.H., "Child Abuse and Mental Retardation: A Problem of Cause and Effect", American Journal of Mental Deficiency 3: 1975, p. 327-330.

Achevé d'imprimer à
Québec en août 1981, sur
les presses du Service des impressions en régie
du Ministère des Communications
du Québec

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Direction des Communications

Publication autorisée par le ministre
des Affaires sociales, monsieur
Pierre Marc Johnson

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec

Août 1981